الرعاية الصحية الأولية ..
هل هي عروس مجلوة؟

د. زهير أحمد السباعي
أستاذ طب الأسرة والمجتمع

الرعاية الصحية الأولية

د. زهير أحمد السباعي

الرعاية الصحية الأولية ..
هل هي عروس مجلوة؟

ما زلت أذكر بالخير الحوارات التي كنت أجريها مع طلابي في الدراسات العليا في كلية الطب بجامعة فيصل بالدمام . أحدها كان يدور حول سؤال : أيهما أصعب ؟ إنشاء مستشفى متوسط الحجم بسعة 100 سرير أم مركز رعاية صحية أولية يخدم (بفاعلية) مجتمعاً فيه 20,000 نسمة ؟ وبعد ساعة من الحوار يتضح للجميع أن إنشاء مركز رعاية صحية أولية يؤدي دوره بفاعلية أصعب من إنشاء مستشفى متوسط الحجم . ذلك أن مركز الرعاية الصحية الأولية مهمته التغيير . تغيير سلوك الإنسان ليتماشى مع متطلبات الصحة في أكله وشربه وسكنه وعلاقته بالناس وبالبيئة التي تحيط به . أي مساعدة الناس ليعيشوا حياة صحية سليمة , وفي الوقت نفسه يعالج أدواءهم .

د. زهير أحمد السباعي
أستاذ طب الأسرة والمجتمع

adabarabic7
services_book
services_book
www.adab-book.com



الرعايـة الصحيـة الأوليـة..
هـل هـي عـروس مجلـوة؟

© مركز الأدب العربي للنشر والتوزيع، ١٤٤١هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

السباعي، زهير أحمد
الرعاية الصحية الأولية.. هل هي عروس مجلوة؟./ زهير أحمد السباعي.- الدمام، ١٤٤١ هـ
٣٧٨ ص ؛ ١٤ X ٢١ سم
ردمك: ٠-٦٣-٨٢٩٩-٦٠٣-٩٧٨

١- الخدمات الصحية أ. العنوان
ديوي ٦١٤ ١٤٤١/٨١٧٢

رقم الإيداع: ١٤٤١/٨١٧٢
ردمك: ٠-٦٣-٨٢٩٩-٦٠٣-٩٧٨



المملكة العربية السعودية- الدمام
لطلب إصدارات مركز الأدب العربي
@Adab_Book
00966594447441

حمل تطبيق
مركز الأدب العربي للنشر والتوزيع
Google Play
App Store

دولة الإمارات العربية المتحدة مكتبة الأدب العربي 00971569767989
مملكة البحرين مكتبة قصر فخر الدين 0097366753587
جمهورية مصر العربية مركز الأدب العربي 00201120102172



الرعاية الصحية الأولية..
هل هي عروس مجلوة؟

تأليف

د. زهير أحمد السباعي

أستاذ طب الأسرة والمجتمع

الطبعة الأولى

١٤٤١هـ - ٢٠٢٠م

المحتويـــــات

إهـــــــداء

إلـى كل مهتـم بالرعايـة الصحيـة الأولية فـي العالـم العربي، ومخطط، ومنفذ، ودارس لها.. أهدي هذا الكتاب.

ما جـاء فـي الكتـاب قابـل للنقـاش والحـوار والتعديـل. من لديـه رأي، أو حكايـة، أو موقـف، أو تجربـة تؤيـد أو تنفـي مـا ذهبـت إليـه فـي الكتـاب فليبعـث بها إلـي. عـل ذلـك يتمخض عن سفر يسهم في تصحيح المسار.

«المؤلف»

zsebai@zohairsebai.com

مقدمـــــة

ما زلـت أذكـر بالخير الحـوارات التي كنـت أجريهـا مـع طلابـي فـي الدراسـات العليـا فـي كليـة الطـب بجامعـة فيصـل بالدمام.

أحدهـا كان يـدور حـول سـؤال: أيهمـا أصعـب؟ إنشـاء مستشـفى متوسـط الحجـم بسـعة ١٠٠ سـرير أم مركـز رعايـة صحية أوليـة يخـدم (بفاعلية) مجتمعاً سـكانه ٢٠،٠٠٠ نسـمة؟ وبعد سـاعة مـن الحـوار يتضـح للجميـع أن إنشـاء مركـز رعاية صحيـة أوليـة أصعـب مـن إنشـاء مستشـفى متوسـط الحجـم. ذلـك أن مركـز الرعايـة الصحيـة الأوليـة مهمتـه التغييـر. تغييـر سـلوك الإنسـان في أكله وشـربه وسـكنه وعلاقته بالناس والبيئة ليتماشـى مـع متطلبـات الصحـة . أي مسـاعدة النـاس ليعيشـوا حيـاة صحية سـليمة، وفـي الوقـت نفسـه يعالـج أدواءهـم إذا ما مرضوا.

كتبـت، وحاضـرت، وأذعت في وسـائل الإعلام ، ولسـنوات عديـدة عـن الرعايـة الصحيـة الأوليـة ودورهـا فـي الارتفـاع

بمستوى الصحة. وعندما أقترح عليَّ بعض الإخوة الكرام أن أجمع بعضَ ما كتبت ونشرت عن الرعاية الصحية الأولية بين دفتي كتاب راقت لي الفكرة . وها أنا ذا أضع بين يدي القارئ والدارس أشتاتاً مما سبق لي أن نشرته أو أذعته حول الموضوع لكي يسهل الوصول الى أطراف القضية بدلا من الرجوع الى مصادرها المختلفة. كما قمت بوضع ثبت بمصادر الكتاب في نهايته.

أسأل الله أن يجعل الكتاب جديراً بحمل رسالة الرعاية الصحية الأولية.

«المؤلف»

شـــيء مــن التاريـــخ!

عـرف الإنسـان التطبيـب بالاعشـاب والنباتـات منـذ القـدم. وقـد دلَّتـهُ غريزتـه وملاحظاتـه المتكـررة وتجاربـه البدائية على بعـض الفوائـد التـي يجنيها منهـا، وفـي الوقـت نفسـه كان يُقرن ذلك بالكهانة والسحر والشعوذة.

مـن بيـن الحضـارات القديمـة بـرزت الحضـارة المصريـة الفرعونية بأسـاليب مبتكرة فـي التطبيب والعـلاج، وكان أمنحتب من أوائل الأطبـاء الذيـن سـيذكرهم التاريخ، وقد كشـفت أوراق البـردي عـن أن المصرييـن القدمـاء كانوا يمارسـون بعـض أنواع الجراحة الدقيقة مثل التربنة (فتح في الجمجمة).

ثـم جـاءت حضـارة الإغريـق فاهتمـت بالعلـوم، ومنهـا: الطـب، واشـتهر فيـه أبوقـراط (٤٦٠ – ٣٧٠ ق.م) الـذي أجـاد وصـف التشـخيص الإكلينيكـي السـريري، ومـارس كثيـراً مـن عمليـات إصلاح الكسـور، حتـى إن بعضها لا يزال يحمل اسـمه إلـى اليـوم. وقد عمل أبـو قراط ومدرسـته علـى تنقيـة الطب من كثير مـن الخرافـات التـي كانت عالقـة به، وقيـل إنه تـرك ثمانين رسالة وكتاباً في الطب.



كان التطبيب في العصور الماضية يختلط بكثير من الشعوذة ، ولا زالت بقاياها موجودة حتى اليوم

ومع بداية ظهور المسيحية برز جالينوس الطبيب الإغريقي الذي عمل مع غيره من الأطباء على فتح أبواب جديدة في العلوم الطبية، خاصة في التشريح والجراحة. وفي هذه الفترة اتخذ الطب منحىً تجريبيّاً.

ثم عادت العلوم الطبية فانتكست تدريجيّاً مع ظهور المسيحية، إذ إن تعاليمها فهمت خطأ، وأصبح الاعتقاد السائد هو أن الاهتمام بالجسد لا يكون إلا على حساب الاهتمام بالروح، ومن هنا رفضت الكنيسة كثيراً من المبادئ الصحية التي ابتدعتها الحضارات السابقة، وبدأ تدريجيّاً عصر الظلام يغشى العلوم الطبية.

وفي العصر الإسلامي الأول عرف العرب في شبه الجزيرة بعض وسائل الطب والعلاج قبل ظهور النبي - عليه الصلاة والسلام - عرفوا بعضها عن طريق التجربة المتكررة والملاحظة الدقيقة، فكانوا يجيدون تجبير الكسور والتداوي بالكي والأعشاب، وعرفوا البعض الآخر عن طريق اتصالهم المحدود بالحضارات المحيطة.

ولما جاء عهد النبي - عليه الصلاة والسلام - ترك آثاراً في الطب جمعت من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية وسميت بالطب النبوي. وقد ركز عليه السلام فيها على النظافة الشخصية (**النظافة من الإيمان**)، والوقاية من المرض

(إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا نزل بأرض فلا تخرجوا منها)، والتقاء الجسد بالروح **(العسل شفاء من كل داء، والقرآن شفاء لما في الصدور)**، وأهمية الرياضة والتربية البدنية **(المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف)**.



أصل كثير من الأدوية الحديثة يعود إلى الأعشاب الطبيعية.

وفي العصر الأموي وبداية العصر العباسي زاد اتصال العرب بالحضارات المحيطة بهم فتأثروا بها، ونشطت تبعاً لذلك حركة الترجمة والنقل لمختلف العلوم، ومنها الطب، فترجمت العلوم الطبية من الفارسية واللاتينية والهندية إلى العربية، واشتهر من الأطباء العرب في تلك الفترة: يوحنا بن ماسويه وحنين ابن إسحاق، وقد كان أكثر

الاهتمام منصبّاً على ترجمة كتب أبو قراط وجالينوس ومدرستيهما.

وفي منتصف القرن الرابع الهجري (العاشر الميلادي) بدأ التأليف في العلوم الطبية باللغة العربية يأخذ طابعاً جديّاً، وبدأ الأطباء العرب يتخذون منهجاً تجريبيّاً يضيفون من خلاله الجديد على الطب، ويعارضون به كثيراً من النظريات القديمة السائدة، وبرعوا في فنون مختلفة من الطب والجراحة.

كان من أبرز الأطباء العرب في هذه الفترة أبو بكر محمد الرازي الذي ألف (١٣١) كتاباً نصفها في الطب، وكان كتابا (الحاوي) و(المنصوري) اللذان جمع فيهما أكثر المعارف الطبية في عصره يدرسان في الغرب حتى القرن السابع عشر الميلادي، ويعزى إليه وصفه للجدري، وابتكاره الخيوط الجراحية من أمعاء الحيوانات، واهتمامه بالصحة النفسية.

وطور أبو القاسم الزهراوي العلوم الجراحية في عصره حتى أصبحت كتبه مرجعاً للجراحة في إيطاليا وفرنسا، واكتشف ابن النفيس الدورة الدموية الصغرى قبل أن يعرفها هارفي الإنجليزي بقرون. وغيرهم كثيرون مثل ابن زهر وابن رشد وابن البيطار.

وكما ذكر ويل ديورانت في كتابه (قصة الحضارة) «لفترة خمسة قرون (٧٠٠ - ١٢٠٠ ميلادية) قاد الإسلام العالم في القوة ونظام الدولة ومعايير السلوك ومستوى المعيشة والقوانين الإنسانية والتسامح الديني كما قاده في الآداب والعلوم والطب والفلسفة».

ومع بداية القرن السادس الهجري (الثاني عشر الميلادي) بدأ التفكك يتسرب إلى الدولة الإسلامية وضعفت حركة التأليف والبحث والترجمة وانتكست إلا القليل. ولم يكن ذلك شأن الدولة الإسلامية وحدها، فقد شهد العالم أجمع انحداراً في العلوم والمفاهيم الطبية، وإن برز بعض العلماء والأطباء ما بين وقت وآخر، إلى أن جاءت النهضة الصناعية في أوروبا مع بداية القرن الثامن عشر الميلادي.

ثم جاء عصر النهضة الصناعية في أوروبا فصاحبه ازدياد الطلب على الأيدي العاملة، وازدحامٌ في المدن، وتخلفٌ اجتماعيٌّ واقتصاديٌّ للطبقات العاملة، ومما يرويه التاريخ: أن الأطفال دون الرابعة عشرة كانوا يسخرون للعمل في المصانع فيقيدون بالسلاسل إلى الآلة ليعملوا نحو ١٦ ساعة يوميّاً، وكان نهر التايمز في لندن ملتقى للمراحيض، وكان واحد من كل طفلين في أوروبا يموت بالسل أو التيفوئيد أو الدوسنتاريا أو الكوليرا قبل أن يبلغ الخامسة من العمر.

ومع بداية الانتقال السريع بين قارات العالم وتحت هذه الظروف البيئية السيئة عمت الأوبئة مثل: الكوليرا والطاعون والجدري والتيفوس، وتدنت المفاهيم الطبية آنذاك فاختلطت بقايا العلوم الطبية التي تركها الإغريق والفرس والمسلمون بالخرافات والشعوذة والسحر.

إلا أن بعض العقول بدأت تستيقظ وتعي هذا التدني في الأوضاع الصحية، وتربط بينه وبين التخلف الاجتماعي والاقتصادي السائد، ومن ثم بدأت حركة للإصلاح والتغيير، بدأها السير شادويك في إنجلترا (١٨٣٣م) بعد أن لاحظ أن الوفيات والأمراض تكثر بين الطبقات الفقيرة، فقام بدعوة للإصلاح الاجتماعي كبناء مساكن صحية، وسن قوانين إنسانية للعمل، وتحسين مستوى التغذية. ساعد على هذه الدعوة الخوف الذي أثاره انتشار أكثر من وباء للكوليرا في تلك الفترة، وقد نتج عن تطبيق هذه الدعوة الإصلاحية انخفاض كبير في معدلات الوفيات والأمراض، ومن الجدير بالذكر أن ذلك حدث قبل اكتشاف الميكروبات واختراع اللقاحات والمضادات الحيوية بسنين طويلة.

وجاء العصر الحديث فشهدت السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر بداية الاكتشافات الحديثة في العلوم الطبية وبالتالي التطور السريع في وسائل التشخيص والعلاج.

ففي سنة ١٨٤٩ افترض الطبيب الإنجليزي جون سنو (John Snow) أن الكوليرا تحدثها أجسام صغيرة حية غير مرئية، ولم يكن سنو أو غيره قد رأى ميكروبات الكوليرا تحت الميكروسكوب بعد، ولكن نظريته تلك كانت فتحاً جديداً في العلوم الطبية، إذ كانت النظرية السائدة إلى ذلك الحين هي أن تحلل المواد العضوية وما يتصاعد منها من أبخرة هو السبب في الأمراض المعدية إلى جانب معتقدات خرافية متعددة.



قبل اكتشاف الأثير للتخدير من أجل العمليات الجراحية في بداية القرن التاسع عشر كان المريض يقيد إلى منضدة العمليات أو يعطى مشروبات كحولية أو مادة مخدرة كالأفيون لتخفيف الألم.

ثـم جـاء بعـد ذلـك لويـس باسـتير Louis Pasteur (١٨٣٢ - ١٨٩٥)، فأكـد هـذه النظرية مـن خلال دراسـته لعمليـة التخمر، إذ أشـار إلـى أن السـبب فـي عمليـة التخمير هـو وجود أجسـام حية دقيقـة، وأن مثل هذه الأجسـام غيـر المرئية لا بـد وأن تكون هـي السـبب فـي حـدوث الأمـراض، ولـم يكـن هـو الآخـر قد رأى البكتيريا بعد تحت الميكروسكوب.

ثم جـاءت انطلاقـة مهمة فـي العلوم الطبيـة في العصـر الحديث، عندمـا رأى العالـم الألمانـي روبـرت كـوخ Robert Koch (١٨٤٣ - ١٩١٠) ميكروبـات السـل لأول مـرة تحـت الميكروسـكوب، وتبع ذلـك اكتشـافات متتاليـة للميكروبـات الأخـرى مثـل: الكوليـرا والتيفوئيـد والجمـرة الخبيثـة.. إلـخ. وبعدهـا جـاءت الاكتشـافات تتـرى للقاحـات الواقيـة مـن الأمـراض، والمضـادات الحيويـة، ووسـائل التعقيم. كاد هـذا الاهتمـام الجديـد بالأسـباب الميكروبية والطفيليـة للأمـراض يطغـى علـى النظـرة الشـاملة لعوامـل البيئـة والظروف الاقتصادية والاجتماعية وأثرها في انتشار المرض.

إلا أن العلمـاء والأطبـاء عـادوا قبيـل منتصـف القـرن الماضـي فأدركـوا أن لا سـبيل إلـى مكافحـة المـرض والوقاية منـه وعلاجه إلا إذا نُظـر إلى الإنسـان فـي إطـار بيئته ومجتمعـه الـذي يعيش فيه بكل مقوماتـه الحضارية والثقافيـة والاجتماعيـة والاقتصادية، ومن هنا عاد التركيز من جديد على الصحة العامة وصحة المجتمع.



تدعو منظمة الصحة العالمية الى الإستفادة من الطب الشعبي بعد تنقيته من الشوائب واستخلاص المفيد منه .



قد لا يعرف الأطباء الشيء الكثير عن الطب الشعبي لأنهم لم يدرسونه في كتبهم الطبية. ليس هناك ما يمنع من جدوى وفائدة بعض أنواعه. وهذا ما تدعو إليه منظمة الصحة العالمية.

عوامــل البيئـــة والوراثـــة

البيئـة والوراثة همـا العاملان الأساسـيان اللذان يؤثـران على صحة الإنسـان إيجابـاً أو سـلباً. ولك أن تضع السـلوك البشـري تحـت إطـار «عوامـل البيئـة». نتحـدث هنا عـن البيئـة والوراثة باختصار.

عوامـــل البيئـــة

البيئة هـي مجموعة العوامـل الاقتصادية والثقافيـة والاجتماعية والجغرافية التـي تحيط بالإنسـان. وجميعها تؤثر بصورة مباشـرة وغير مباشرة على صحته.

يقسم علماء الاجتماع البيئة إلى نوعين:

١. البيئة الكبرى.

٢. البيئة الصغرى.

الخـط الفاصـل بيـن البيئتيـن الصغـرى والكبـرى خـط دقيق متداخـل. ولكننـا نسـتطيع أن نقـول إن البيئـة الصغرى هـي: بيئة البيـت الذي يعيـش فيـه الإنسـان بمفهوميـه المـادي (أي تكوين

المنزل ونظافته وتهويته وإضاءته.. إلخ)، والمعنوي (أي العلاقات المتداخلة بين أفراد الأسرة ومستوى الثقافة والوعي لديهم). أما البيئة الكبرى فهي: المجتمع الكبير الذي يحيط بالإنسان سواء كان: القرية أو المدينة أو الدولة التي يعيش فيها، أو حتى الجزء من العالم الذي ينتمي إليه.

ولمنظمة الصحة العالمية تعريف للصحة تقول فيه: «الصحة ليست مجرد الخلو من المرض ولكنها التكامل البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي». من هذا المنطلق سوف نستعرض أثر البيئة على صحة الإنسان.

البيئة الكبرى:

عوامل كثيرة اقتصادية واجتماعية وجغرافية تشملها البيئة الكبرى التي تحيط بالإنسان. نستعرض هنا بعض هذه العوامل الرئيسة:

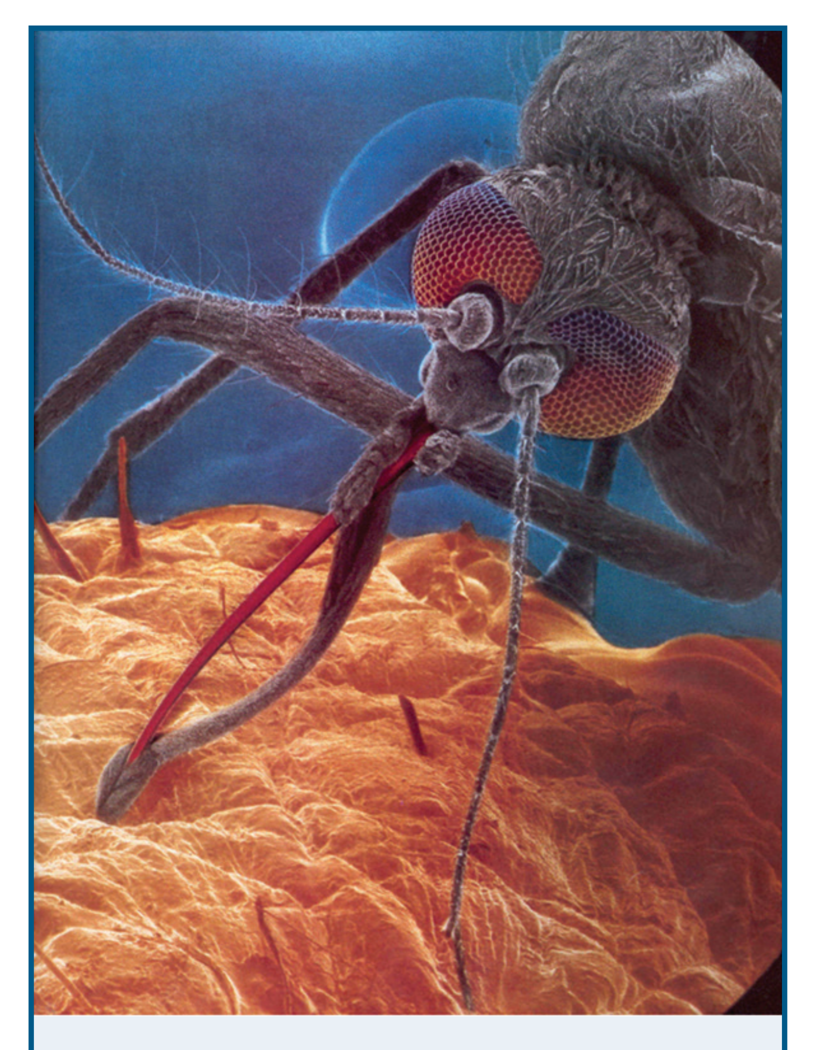
المناخ:

تؤثر درجة حرارة الجو والرطوبة ومعدل هطول الأمطار على صحة الإنسان بطريق مباشر أو غير مباشر، فسكان المناطق الحارة وشبه الحارة في قارات آسيا وإفريقيا وأمريكا اللاتينية هم الذين اتفق علماء الاقتصاد على تسميتهم بالأمم النامية، ذلك لأن مستوى دخل الفرد ومستواه المعيشي في

هـذه الأمم أقـل من مسـتوى الفـرد فـي الأمـم المتقدمـة صناعيّاً والتي تسكن في المناطق الباردة أو المعتدلة الحرارة.

هنـاك نظريـات تربـط بيـن درجـة الحـرارة ومعـدل هطـول الأمطـار من جانـب والمسـتوى الصحـي مـن جانب آخـر. ففي المناطـق الحـارة وشـبه الحارة نجـد أن الأمـراض المعديـة التي تنتقل من شـخص لآخر مثـل: الملاريـا والبلهارسـيا والتراخوما والسـل تنتشـر أكثر بكثير عنهـا في المناطـق البـاردة أو المعتدلة، وذلـك لعـدة أسـباب: منهـا أن الميكروبـات والطفيليـات تعيش وتتكاثـر فـي الجـو الدافـئ الـذي يماثـل درجـة حـرارة الجسـم (٣٧ مئويـة)، ويقـل نموهـا أو يتوقـف فـي درجـات الحـرارة المنخفضـة. كذلـك الحشـرات الناقلـة للمـرض مثـل: الذبـاب والبعـوض والقمـل تتكاثـر هـي الأخـرى فـي الأجـواء الدافئـة أو الحارة وفـي المسـتنقعات التي تتخلـف عن الأمطـار، كما أن الأعشـاب التـي تنمو حـول تجمعـات المياه تكـون بيئـة صالحة لنمو الطفيليات والحشرات الناقلة للمرض.

ومن ناحيـة أخرى تؤثـر درجة حـرارة الجو على فسـيولوجية الجسـم خاصة لدى الأطفـال فتجعلهـم أكثر عرضـة للأمراض. وإذا أضفنـا إلـى كل هـذا التخلف الاقتصادي (النسـبي) لسـكان هذه المناطـق وما ينتـج عنه من سـوء تغذيـة وقلة فـي الخدمات الصحيـة، نجـد أن هنـاك أكثـر مـن عامـل يتصـل بالمنـاخ ويؤثر على الصحة.



رأس ذبابة كما يرى تحت المجهر.
يمكننا أن نتفادى كثير من الحشرات الناقلة للمرض بالحرص على نظافة البيئة من حولنا.

وفي الأجواء الباردة نجد أن أمراض الشعب الهوائية والربو أكثر انتشاراً عنها في المناطق الحارة. ويعزى ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم وما يترتب عليه من أمراض الجهاز الدوري في المناطق الباردة إلى ارتفاع نسبة السعرات الحرارية في الأغذية الدهنية التي يكثر السكان من تناولها لمقاومة البرد. وبين قبائل الإسكيمو ترتفع نسبة الإصابة بالسل وذلك لحرص الإسكيمو على بناء مساكن صغيرة مقفلة يتجمعون فيها اتقاء البرد.

المستوى الاقتصادي:

المستوى الاقتصادي للمجتمع واحد من أهم العوامل التي ترتبط بالمستوى الصحي فيه. المستوى الاقتصادي يؤثر على المستوى الصحي من خلال عوامل متعددة منها: مستوى التغذية، والتعليم، والسكن، وتوفر الرعاية الصحية. وعندما يرتفع المستوى الاقتصادي في المجتمع ترتفع هذه العوامل كلها أو بعضها وبالتالي يرتفع المستوى الصحي.

في دراسة أُجريت في محافظة تربة بالمملكة العربية السعودية عن المستوى الصحي بين الأطفال في مجتمعي القرية والبادية، وجد أن الفرق في الوضع الصحي بين أطفال المجتمعين لا يرجع إلى شيء قدر ما يرجع إلى الاختلاف في المستوى الاقتصادي بين سكان القرية والبادية.

وفي مصر أجريت دراسة على مرض الإنكلستوما في بعض القرى، وجد فيها أن مستوى دخل الأسرة يشكل إلى حد بعيد الصورة الإكلينيكية للمرض ومضاعفاته.

وفي دراسة أجريت في ثماني مدن بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن العائلات ذوات الدخل المحدود ترتفع لديها نسبة الأمراض ٦٦٪ أكثر من العائلات المرتفعة الدخل.

وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية وضعت ٧٠ دولة في ٦ مجموعات تبعاً لدخل الفرد في السنة، ووجدت علاقة بين الوضع الاقتصادي في هذه المجموعات ونسبة التعليم ومستوى التغذية ووفيات الأطفال الرضع وتوقعات الحياة عند الولادة.

العادات والتقاليد:

العادات والتقاليد جزء من الثقافة التي يكتسبها الإنسان من بيئته، وهي تشكل إلى حد بعيد مستواه الصحي، ففي بعض المجتمعات العربية بالرغم من توفر المواد الغذائية الضرورية للإنسان إلا أن البعض خاصة الأطفال يصابون بأمراض سوء التغذية؛ ذلك لأن العادات والتقاليد لا تشجع على تناول هذه الأصناف من الطعام أو تهملها للجهل بقيمتها الغذائية.



العادات والسلوك البشري من أهم أسباب العوامل
وراء قضية الصحة والمرض.

وفـي بعـض مجتمعـات الباديـة قبـل أكثـر مـن نصـف قـرن كانـت تكثر مضاعفـات الحصبـة لأن الطفل المصـاب بها يحمل علـى حمـار أو جمـل كعـلاج للمـرض، ومـن ثـم يحـرم الطفل من فرصتـه فـي العنايـة الطبيـة المبكـرة. وفـي بعض القـرى في مجتمعنـا العربـي يصـاب بعـض أفـراد المجتمـع بمـرض البلهارسـيا لأن المصابيـن بهـا يفرغـون فضـلات أمعائهـم أو يتبولـون عنـد حوافـي التـرع والقنوات والبـرك وبذلـك تنتقل الإصابـة منهم إلى الآخريـن أثناء خوضهـم أو عملهم فـي الماء. وقـد يصـاب الأطفـال الرضـع بالإسـهال وسـوء التغذيـة لأن أمهاتهـم يرضعنهم عـن طريق الزجاجـة لاعتقادهـن الخاطئ بأن الإرضاع الصناعي أفضل للأم والطفل.

وفي بعض قرى مصر يحتفظ الفلاحون بروث الجاموس المجفف في بيوتهم من أجل التدفئة، مما يجعل البيت بيئة ملائمة لتوالد الذباب. وقد فشلت في بعض القرى المحاولات لجعل الناس يشربون من الماء النقي من الأنابيب بدلاً من الشرب مباشرة من ماء النيل المعرض للتلوث لاعتقادهم بأن ماء النيل ما دام يعطي خصوبة للأرض فهو يعطي خصوبة للإنسان ويجعله أقدر على التناسل.

وفي اليمن تنتشر عادة تناول (القات) وهو عشب أخضر يحتوي على مادة الأمفيتامين المنبهة للجهاز العصبي، وتتحكم هذه العادة في بعض الأفراد إلى الحد الذي يدفعهم إلى تخصيص نسبة كبيرة من دخل الأسرة لشراء القات مما يؤثر على غذاء الأسرة ومتطلباتها الضرورية، كما أنه يؤدي إلى فقدان الشهية وما يتبع ذلك من سوء تغذية. والأم التي تتناول القات قد تورث أطفالها الصغار سوء التغذية.

وفي غير المجتمع العربي نجد أمثلة أخرى، ففي بعض المجتمعات لا تتناول الفتيات الصغيرات الحليب لأنهن في عرف المجتمع يدنسن نتاج البقرة التي يقدسونها، وفي مجتمعات أخرى لا يأكل الإناث البيض لاعتبارات أخلاقية. وفي ديترويت بأمريكا وجدت نسبة الوفيات بين الأطفال الرضع مرتفعة في بعض أحياء المدينة لأن الأمهات يفطمن

أطفالهـن منـذ الشـهور الأولـى مـن الـولادة ويغذينهـم بالغـذاء العـادي للكبـار ممـا يسـبب للأطفـال ارتبـاكاً فـي الجهـاز الهضمي.

هـذه نمـاذج محـدودة لبعـض العـادات والتقاليد التـي تتصل بالصحـة، ولـو نظرنـا لوجدنا عشـرات من هـذه الأمثلـة لعادات وتقاليـد نمارسـها فـي حياتنـا اليوميـة و تؤثر إلـى حد بعيـد على أوضاعنا الصحية.

الكائنــات الحيــة الأخــرى:

يعيـش الإنسـان فـي هـذه الحيـاة فـي تفاعـل مسـتمر مـع مـا يحيط بـه مـن كائنـات حيـة، واسـتمرار الحياة فـي كافـة صورها يعتمـد على هـذا التفاعل . نشـير إلى بعـض جوانب هـذا التفاعل وأعني علاقة الإنسان بالحشرات والحيوانات الناقلة للمرض:

فالذباب ينقل كثيـراً من الأمراض مثـل: الدوسـنتاريا والتراخوما والكوليـرا، ولا بـد للذبـاب مـن بيئـة صالحـة للنمـو والتكاثـر والانتشـار، وتتمثل هذه البيئة فـي المخلفات الحيوانية والإنسـانية وفضلات الطعام.

والبعـوض بمختلـف أنواعـه ينقـل كثيراً مـن الأمـراض مثل: الملاريـا وحمـى الضنـك والحمـى الصفـراء ومـرض الفيـل. والبعـوض علـى أنواع: نـوع منه ينمـو ويتكاثـر في المسـتنقعات

وتجمعات المياه، ونوع آخر يتكاثر على مخلفات الأمطار التي تتجمع في إطارات السيارات المهملة والزجاجات الفارغة وعلب الصفيح.

والبلهارسيا لا تنتقل من شخص لآخر إلا إذا وُجد القوقع (العائل الوسيط) على حوافي الترع والقنوات ومجاري المياه، ويختلف القوقع حسب نوع البلهارسيا، وكل قوقع له بيئة خاصة تساعد على نموه وتكاثره.

وفي مجتمعات البادية، حيث يعيش الإنسان إلى جانب الأغنام وكلاب الحراسة يوجد مرض حوصلة الكبد (Hydatid Disease)، والتي لا تكتمل دورة حياتها إلا بوجود هذه الكائنات الحية الثلاثة (الإنسان والكلب والشاة) في بيئة واحدة.

البيئة الصغرى (البيت):

يؤثر البيت أو الأسرة على كل مقومات الحياة لدى الإنسان وبالتالي على مستوى صحته، فمن خلال الأسرة يرث الإنسان ثقافة مجتمعه، ونعني بالثقافة القيم والمعايير التي توجه الإنسان. فصلة الطفل بأمه لا تبدأ من يوم ولادته فحسب، وإنما تبدأ قبل ذلك بتسعة أشهر على الأقل، إذ إن صحة الأم قبل حملها ومع بداية الحمل تؤثر على صحة

طفلها، فالأم التي تتزوج في سن صغيرة قد لا تكون عظام الحوض لديها قد اكتمل نموها بعد، مما قد يؤدي إلى عسر في الولادة، والأم المصابة بفقر الدم أو لديها نقص في الفيتامينات أو المعادن أو مريضة بالزهري قد يولد طفلها معتلا بأحد هذه الأمراض.

وفي السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل تتكون القواعد الأساسية لنمو الطفل البدني والعقلي والنفسي، فإذا كانت هذه القواعد سليمة في بداية حياته اكتمل نموه في مقتبل الأيام بصورة أفضل. ومن ثم فصحة الطفل ترتكز على عوامل عديدة منها: حسن التغذية، ونظافة المنزل، وحرص الأبوين على إعطاء الطفل اللقاحات الواقية ضد أمراض الطفولة، إلى جانب الحب والحنان اللذين يحيطان بالطفل.

وقد أجريت بحوث عدة لدراسة هذه العوامل المختلفة وتأثيرها في تكوين الطفل، فوجد أن الأطفال الذين يحرمون من حاجتهم للغذاء المتوازن، إما لفقر الأسرة أو لجهلها أو لإهمال الأم، يتعرضون لأمراض سوء التغذية. وفي دراسة عن مرضى الانفصام العقلي Schizophrenia، وهم يشكلون نحواً من ٤٠٪ من مرضى المصحات العقلية، وجد أن نسبة عالية منهم نشؤوا في أسر متفككة.

ومن أكثـر أسـباب الوفيات لـدى الأطفال في سـن المدرسـة ومـا قبلهـا حـوادث المنـزل مثـل: الحريـق والاختنـاق والوقوع وتنـاول مـواد سـامة، وهـي فـي أغلبهـا يمكـن الوقايـة منهـا لـو كانت بيئة البيت سليمة.

والطفل الـذي يراعي أبـواه أن يأخـذاه لمركز الرعايـة الصحية لإعطائـه التطعيمـات اللازمـة ضـد الأمـراض المختلفـة مثـل: الدفتريـا والسـعال الديكي والتيتانوس وشـلل الأطفـال في خلال السـنة الأولى مـن حياته يكتسـب مناعة تقيـه من هـذه الأمراض. ولكننـا كثيـراً مـا نجـد الإهمـال أو اللامبـالاة أو المعتقـدات الخاطئـة تحـول دون ذلـك، فبعـض الأمهـات فـي المجتمعـات الناميـة يعتقـدن أن تطعيـم السـل يـؤدي إلـى السـل، وأن تطعيـم الشلل يورث الشلل وهي جميعها معتقدات خاطئة.

وإذا كان للأسـرة بترابط أفرادهـا وثقافتهم ووعيهـم دور كبير في تكويـن الطفـل بدنيّـاً ونفسـيّاً وعقليّـاً ففـي مقومـات المنزل الذي يسـكنه الطفـل تأثيـر لا يقـل أهميـة، فالبيـت الـذي تتوافر فيـه قواعـد الصحـة العامـة كالنظافـة وحسـن التهويـة والإضاءة الجيـدة والماء النقـي والحمام الصحـي والوقاية ضد الحشـرات لهو بيت يساعد على تنشئة الطفل تنشئة صحية سليمة.

ومـن البدهـي أن البيـت لا ينتهـي دوره فـي تنشـئة الطفـل بالتحـاق الطفـل بالمدرسـة، فالمدرسـة مرحلـة جديـدة تعـد

امتداداً طبيعيّاً للمرحلة السابقة، ومن هنا يحتاج الأمر إلى تنسيق كامل بين البيت والمدرسة فهما المؤسستان الرئيستان اللتان تتوليان رعاية الطفل وإعداده للحياة.

باختصار . نجد أن عوامل المرض تكمن أكثر ما تكمن في ظروف البيئة ، أي فيما يحيط بنا من هواء ، وما نشرب من ماء ، وما نأكل من غذاء ، وما نأوي إليه من سكن . ظروف البيئة تمثل جانباً هامّاً من مؤثرات الصحة والمرض.. يأتي قبلها أو بعدها أسلوب الحياة . كيف نأكل ونشرب ونعمل ونتعامل مع البيئة.

تأتي بعد ذلك عوامل الوراثة، وهذه بالإضافة إلى الخدمات الصحية التي نتلقاها تكون أقل من ثلث مؤثرات الصحة.

هذه كلها تقديرات قد تزيد أو تنقص تبعاً لطبيعة المجتمع، ولكنها لا تبعد كثيراً عن الواقع. والمحصلة النهائية هي أن البيئة من حولنا وأسلوبنا في الحياة يكونان معاً أهم العوامل التي تتحكم في الصحة والمرض.

وإذا ما نظرنا إلى خريطة الأمراض في الدول المتقدمة اقتصاديّاً مقارنة بالدول النامية، نجد تبايناً شديداً بين هذه وتلك في توزيع الأمراض مثل الملاريا والبلهارسيا والسل وحوادث السيارات وسوء التغذية وأمراض القلب والسرطان.

السبب في هذا التباين يكمن أساساً في الفوارق البيئية وأسلوب حياة الناس، أكثر مما يكمن في الخدمات الصحية.

ولنضرب مثلاً لذلك: عندما انتشر وباء الكوليرا العالمي في بداية السبعينيات من القرن الماضي، وزحف من شرق آسيا مروراً بأفريقيا إلى أمريكا اللاتينية، لم يغزُ الوباء أوروبا أو أمريكا الشمالية، ليس ذلك لأن الرعاية الصحية فيهما أفضل، وإنما لأن الظروف البيئية والمعيشية وأسلوب الحياة أفضل.

عوامل الوراثة

ظهر أول اكتشاف لعوامل الوراثة في القرن التاسع عشر، عندما بدأ راهب نمسوي يدعى جريجور ماندل G. Mandel تجاربه على البازيليا، ووجد أنه إذا زاوج بين بازيليا ذات زهور مختلفة الألوان انتقلت هذه الألوان إلى الفصائل الناتجة عن عملية التزاوج، وقد انتهى إلى أن خصائص البازيليا تنتقل عن طريق أجسام صغيرة دقيقة موجودة داخل الخلايا، بيد أن نظريته أهملت لأكثر من نصف قرن حتى أعيد اكتشافها مؤخراً. وإذا انتقلنا إلى الإنسان نجد أنه من لحظة الالتقاء بين خلية الذكر (الحيوان المنوي Spermatozoon) وخلية الأنثى (البويضة Ovum)، تتحدد كثير من صفات الجنين وخصائصه مثل لون العينين ولون الشعر والطول والبنية والذكاء وفصيلة الدم وأيضاً استعداده لكثير من الأمراض.



الخلية وحدة تكوين الكائن الحي.
عالم زاخر بمقومات الحياة التي تمكنها من النمو والتكاثر.
إعجاز من الإعجاز.

وإذا مـا فحصنـا خلية بشـرية نجـد في وسـطها النـواة وداخل النـواة آلاف مـن الجينـات Genes التـي تحمـل صفـات الوراثـة موزعـة علـى ٤٦ صبغـة وراثيـة (كروموزومـاً Chromosomes)

تنتظم في ٢٣ زوجاً. وصدق الله سبحانه وتعالى إذ يقول في كتابه الكريم: {إنا كل شيء خلقناه بقدر}. هذا التنظيم الدقيق الذي أودعه الله في الخلية نجده في جميع خلايا الجسم ما عدا خلايا التناسل (الحيوان المنوي والبويضة)، إذ تحمل الخلية التناسلية عند كل من الرجل والمرأة ٢٣ كروموزوماً فقط بدلاً من ٤٦، وبالتقاء الخليتين التناسليتين من الرجل والمرأة (الحيوان المنوي والبويضة) تتكون الخلية الملقحة (Zygote) التي تحتوي على ٤٦ كروموزوماً، ويحدد جنس الجنين الكروموزوم الذي يصل من الحيوان المنوي إلى البويضة. إذا كان (Y) كان جنس المولود ذكراً، حيث يجتمع فيه كروموزوم (Y) مع كروموزوم (X) من خلية الأنثى ويكونان (XY)، وإذا لقح البويضة حيوان منوي يحمل كروموزوم (X) أصبح الجنين أنثى (XX).

الوراثة وعلاقتها بالأمراض:

للوراثة دخل في أغلب الأمراض المعروفة. والعلاقة بين الوراثة والأمراض تنقسم إلى مجموعات ثلاث:

مجموعة من الأمراض - وهي الغالبة - يعود السبب الرئيس فيها إلى البيئة، إلا أن الوراثة تلعب فيها دوراً مثل: أمراض الربو والسكر وارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة،

بمعنى أن الإنسان يولد ولديه استعدادٌ لمرض من هذه الأمراض، فإذا صادفته ظروف بيئية معينة كمادة التحسس في حالة الربو أو الانفعال الشخصي الشديد والتدخين المفرط للسجائر في حالة القرحة، أو التهاب الكلية في حالة ضغط الدم المرتفع ظهرت عليه أعراض المرض.

وهناك مجموعة من الأمراض السبب الرئيس فيها الوراثة وأفضل مثل نعطيه لها هو الأنيميا المنجلية (Sickle Cell Anemia)، وهو مرض نجده أكثر ما نجده في بعض المجتمعات في إفريقيا ومنطقة حوض البحر الأبيض المتوسط. وفي المملكة العربية السعودية نجده في واحتي الأحساء والقطيف. حيث يوجد لدى بعض السكان اختلال جزئي في تركيب مادة الهيموجلوبين، هذا الاختلال الجزئي لا يسبب لهم أية أمراض وإنما يجعلهم حاملين لصفة المرض.

فإذا ما تزاوج رجل وامرأة كل منهما يحمل صفة المرض، وتصادف أن أنجبا ٤ أطفال فإنه حسب قوانين الوراثة يكون أحد الأطفال مصاباً بالمرض (أي أن هناك اختلالا كليّاً في مادة الهيموجلوبين لديه)، ويحمل طفلان آخران صفة المرض (اختلالا جزئيّاً في مادة الهيموجلوبين)، في حين يأتي الطفل الرابع سليماً معافى ليس لديه أي اختلال في مادة الهيموجلوبين.

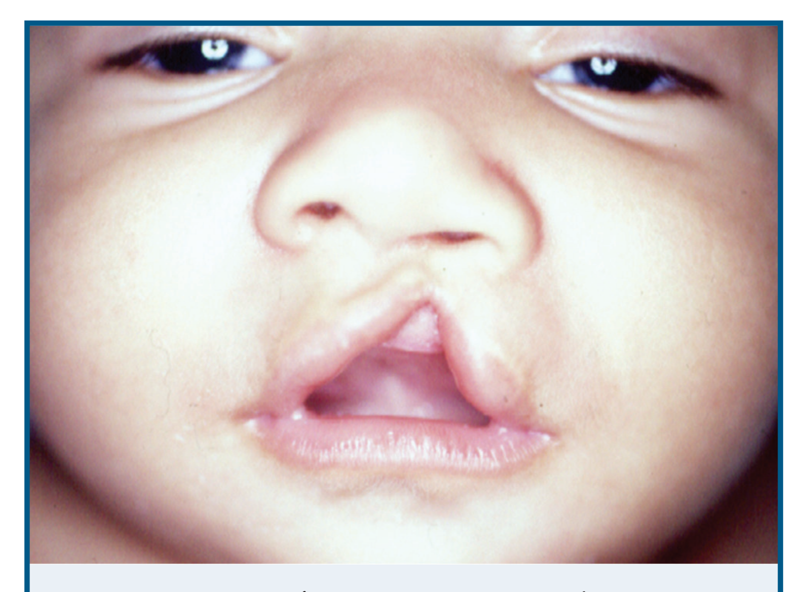
المريض بالأنيميا المنجلية يصاب بتكسر في خلايا الدم الحمراء نتيجة الإختلال الكلي في تركيب الهيموجلوبين، ويصاحب ذلك أعراض الأنيميا المعروفة من ضعف ووهن وإعياء ، وآلام في العظام والمفاصل، وضعف المقاومة للأمراض، بالإضافة لتضخم الطحال.



الطفل المنغولي إذا ما أحيط بالرعاية الأسرية والحنان يمكنه أن يعيش حياة نشطة ومنتجة.

وهنـاك مجموعـة من الأمـراض - نـادرة نسـبيّاً - يسـببها تغير طارئ فـي طبيعـة الكروموسـومات نتيجة للإشـعاع أو لأسـباب أخـرى. نأخـذ لذلـك مثـلاً المونغوليـزم أو داون سـيندروم (تخلـف عقلـي لـدى الأطفـال) وفيـه يصبـح - لسـبب غيـر معـروف - عـدد الكروموزومات فـي الخليـة ٤٧ بدلاً مـن ٤٦ . نجـده أكثر مـا نجـده بين الأطفـال الذيـن أنجبتهـم أمهاتهـم بعد الخامسـة والثلاثيـن مـن العمر ونسـبته حوالـي ٢ فـي الألف في الولايات المتحدة الأمريكية.

أهميـة الأمـراض الوراثيـة مـن وجهـة النظـر الوقائيـة، تكمن في إمكانيـة اتقاء انتقـال المرض الوراثـي إلى المواليـد إذا كانت هنـاك دلائـل تشـير إلـى وجـوده فـي العائلـة، فمثـلاً إذا كان فـي العائلـة طفـل واحـد ذو شـفة أرنبيـة فهنـاك احتمـال ٤٪ أن يولـد طفـل آخـر فـي العائلـة بالمـرض نفسـه، وإذا كان الأب وطفـل مصابيـن فهنـاك احتمـال ١٧٪ أن يولـد طفـل آخـر بالمـرض نفسـه، وبحسـاب مثـل هـذه الاحتمـالات يسـتطيع الطبيـب المتخصـص أن يتعـرف علـى احتمال حـدوث المرض ويعمل على اتقائه.



الشفة الأرنبية نموذج للأمراض التي تتأثر بعامل الوراثة.
يمكن الوقاية منها بالفحص الجيني قبل الولادة، كما أن علاجها جراحيًّا أسهل إذا تم مبكرًا.

الرعايـة الصحيـة الأوليـة

هل هي عروس مجلوة؟

اطلعت على تقرير لوزارة الصحة، يتحدث عن دور القطاع الأهلي في الرعاية الصحية الأولية . وأجدها فرصة لإلقاء الضوء على الرعاية الصحية الأولية من جهة، وعلى الدور الذي يمكن للقطاع الأهلي القيام به حيالها من جهة أخرى.

في وثيقة منظمة الصحة التي صدرت عن مؤتمر الما آتا بكازاخستان في عام ١٩٧٨ وشاركت فيه ١٣٤ دولة اتفقت بالإجماع على أن الرعاية الصحية الأولية هي حجر الأساس في الرعاية الصحية في أي مجتمع، سواء كان ذلك في غرب أوروبا أو في أواسط أفريقيا. السمات البارزة للرعاية الصحية الأولية – كما حددتها الوثيقة – تتلخص في التالي:

- هي رعاية لا تعتمد على المباني الفخمة أو الأسرة أو الاجهزة أو المعدات بقدر ما تعتمد على تهيئة

العاملين فيها (عادة طبيب مع بضعة من أفراد الفريق الصحي) لأداء دورهم كما يجب.

- تقدم الرعاية الصحية من خلال المركز الصحي. وإذا ما أحسن إعداد الفريق الصحي فيه، وأحسنت إدارته، وهيئت له الوسيلة للخروج بخدماته إلى خارج جدرانه، فسيصبح قادراً على تغطية ٨٥٪ من جميع الاحتياجات الصحية (العلاجية والوقائية) للمجتمع. ومن هنا نجد دولة مثل السويد أصبحت تغلق بعض مستشفياتها لتنشئ بديلاً عنها مراكز للرعاية الصحية الأولية..!
- أما الأنشطة التي يمكن للمركز الصحي أن يقدمها للمجتمع فتشمل - إلى جانب علاج المرضى - التثقيف الصحي، وإصحاح البيئة، وبرامج التغذية، والاكتشاف المبكر للأمراض، ورعاية الأمومة والطفولة، والوقاية من الأمراض المعدية والمزمنة. وكلها أنشطة لا يمكن أن تؤدى إلا بخروج أعضاء الفريق الصحي إلى المجتمع. ليس ذلك فحسب وإنما أيضاً بمشاركة أفراد متطوعين من المجتمع في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم لهذه الأنشطة.

هل تراني أتجاوز حدودي لو أني قلت وبنفس مطمئنة إنه لا توجد دولة عربية واحدة تهيئ الطبيب وفريقه الصحي

لأداء هـذه الأدوار. وإنهـا والحق يقـال فرصة ذهبيـة للمملكة أن تبدأ المسـيرة مسترشـدة برؤيـة ٢٠٣٠. لتصبح بذلـك رائدة على مستوى العالم العربي.

أما السـؤال المطروح فهـو.. ما هـي المعوقات التـي تواجهنا في مجتمعاتنـا العربية وتحـول بيننا وبيـن تحقيق مفهـوم الرعاية الصحية الأولية بشكلها الصحيح؟

يأتي على رأس هذه المعوقات:

- في بلادنـا العربية كثيـراً ما نعنى بالشـكل قبـل المضمون، أي بمبنـى المركـز الصحـي.. بطولـه وعرضـه وواجهته، وبمـا يحويـه من أجهـزة ومعـدات قـد تكلـف الملايين. فـي حيـن أن هـذه الملاييـن أو أكثرهـا لـو صـرف علـى تأهيـل وتدريـب العامليـن الصحييـن، وحسـن إدارتهم، وتشـجيعهم على الخـروج إلـى المجتمـع، والتعامل مع المشـكلات الصحيـة مـن مصبهـا ومنشـئها بـدلاً مـن انتظـار المرضـى بعـد أن يكونـوا قـد أصيبـوا بالمـرض، لكان ذلك أولى وأجدى.
- التعليـم الطبـي فـي كليـات الطـب، والمعاهـد الصحية، وبرامـج الدراسـات العليـا بالرغم ممـا يصـرف عليه من أمـوال وجهـود تسـتدعي منـا الشـكر والتقديـر، إلا أنـه

يفتقد – إلى حد بعيد – إلى ربطه بطبيعة المشكلات الصحية في المجتمع.

- المعايير التي نتخذها في عالمنا العربي لتقييم الخدمات الصحية تعتمد أساساً على ما حققناه من أعداد المستشفيات، والمراكز الصحية، والأسرة، والأطباء. هذه المعايير وحدها لا تكفي وإنما يجب أن يرافقها بل ويتقدمها الإحصاء الحيوي الذي يحدثنا عن الانخفاض الذي حققناه في معدلات الأمراض والوفيات. هذا الإحصاء الحيوي غير متوفر بدقة كافية في مجتمعاتنا العربية.

والنتيجة الحتمية هي أن مراكز الرعاية الصحية الأولية تركز على علاج المرضى. وإذا ما كان هناك بضعة من الأنشطة الوقائية أو التطويرية فهي محدودة وغير كافية.

ولنعد الآن إلى التقرير الذي اطلعت عليه مؤخرا لنضعه تحت المجهر.

- التقرير منشور باللغة الإنجليزية ويقع في ٤٠ صفحة. كان من الأولى أن ينشر باللغة العربية إذا ما أريد له أن يقرأ ويستفاد منه على مستوى واسع. قد تكون هناك نسخة منه باللغة العربية ولكني لم أعثر عليها.

- مفهوم الرعاية الصحية الأولية لدي معدي التقرير يرتكز على تخفيف الضغط على المستشفيات. بدلاً من المفهوم الذي يجب أن تقوم به المراكز الصحية، أي الإسهام في رفع مستوى الصحة في المجتمع، وهو نفسه التوجه الذي تنادي به رؤية ٢٠٣٠.
- يشير التقرير إلى أن المملكة تفخر بسهولة وصول المرضى إلى المراكز الصحية. دعنا لا نختلف على هذا. ولكن أين الجانب الآخر والمهم وهو خروج الرعاية الصحية إلى المجتمع ومشاركة أفراد من المجتمع فيها؟
- أشكر لواضعي التقرير أن وضعوا أصابعهم العشرة على العامل الأساس وراء عدم قيام مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة بدورها كما يجب. ذلك هو عدم تأهيل الفريق الصحي وعلى رأسه الطبيب لهذا الدور.
- لفت نظري في التقرير أن مراكز الرعاية الصحية الأولية التي يفترض أن يقوم القطاع الأهلي بتشغيلها ستكون تحت إدارة في وزارة الصحة تسمى Primary Care Business Unit هذا التعبير يثير لدي شيئاً من الحساسية. أرجو أن لا تتحول الرعاية الصحية الأولية

إلى مفهوم تسيطر عليه فكرة الربح وحدها. إذ إنها في هذه الحالة لن تعنى إلا بتقديم العلاج للمرضى.

- المعايير التي وضعها التقرير لقياس نجاح القطاع الأهلي في تقديم الرعاية الصحية الأولية ثلاثة: رضا المرضى، ورفع مستوى الأداء، وتخفيف العبء المالي على وزارة الصحة. تخفيف العبء المالي على وزارة الصحة أمر لا مشاحة فيه. وليسمح لي معدُّو التقرير أن أقف قليلاً عند المقياسين الآخرين:

❋ ما أسهل الوصول إلى رضا المرضى! يكفيك أن تقف على رأس الشارع سواء كنت في مدينة أو في قرية لتسأل عينة من الناس عما يطلبونه من الرعاية الصحية. أراهنك على أن إجاباتهم لن تعدو: توفير المزيد من الأطباء وهيئة التمريض (حبذا لو أنهم وُجدوا على مدار الساعة)، وكمية وافرة من الدواء (عسى أن تكون الإبر على رأسها)، وجهاز أشعة ومعمل (وربما فوق البيعة) جهاز للرنين المغناطيسي!

وستجدهم - لعمرك - يغفلون جوانب أخرى لاحتياجاتهم الصحية لا تقل أهمية إن لم تزد على ما عبروا عنه، منها: البيئة السليمة، والتغذية

الصحية، والاكتشاف المبكر للأمراض، وبرامج التثقيف الصحي، ورعاية الأمومة والطفولة، والصحة المدرسية الوقائية، والوقاية من تسوس الأسنان، وغيرها من البرامج الوقائية والتطويرية. باختصار.. رضا الناس معيار لا يكفي وحده لقياس نجاح الرعاية الصحية الأولية.

- جميل أن نجعل قياس مستوى الأداء معياراً للنجاح. بيد أن السؤال الذي يطرح نفسه هو: بأي معيار نقيس مستوى الأداء؟. إن كنا سنقيسه بعدد المرضى الذين عالجهم الطبيب، أو كميات الدواء التي صرفت، أو جمال وروعة المبنى الذي أنشأناه، فهو - في رأيي - مقياس غير كاف. مستوى الأداء يجب أن يقاس بمقدار ما حققناه فعلاً من ارتفاع في مستوى الصحة، وانخفاض في معدلات الأمراض والوفيات.

أترك التقرير جانباً وقد علقت على نصف ما جاء فيه وأنتقل إلى تصوراتي الشخصية لبعض الأسئلة التي يجب أن نطرحها على أنفسنا كيما نرتفع بالرعاية الصحية الأولية إلى مستوى المعايير الدولية.

- نجحت كثير من الدول في مشاريع الرعاية الصحية الأولية بالاكتفاء ببناء بسيط (ربما قدمه السكان تبرعاً

منهم كلـون من ألـوان مشـاركة المجتمع) ليصبـح مركزاً تنطلـق منـه الرعايـة الصحيـة الأوليـة بـكل أبعادهـا. والأمثلة علـى ذلك كثيرة لمسـتها فـي زياراتي لمشـاريع الرعايـة الصحيـة الأوليـة فـي دول مثـل إيـران (فـي السـبعينيات الميلادية)، والصين، وبورتريكـو، والبرازيل، وفنلنـدا، والسـويد، ومـن ثـم تصـرف الأموال مـن أجل تطويـر أنشـطة الرعايـة الصحيـة الشـاملة.. العلاجيـة والوقائية.

- كيف لنـا أن نفعـل دور أفـراد المجتمع للمشـاركة تطوعاً فـي التخطيـط والتنفيـذ والتقييـم لمشـاريع الرعايـة الصحية الأولية المقدمة لهم؟
- كيـف نسـتطيع أن نقنـع شـركات التأميـن بـأن بذلهـم للمـال والجهـد فـي المشـاريع الوقائيـة سـيعود عليهـم بالخير العميم، لأنه سيخفف عنهم تكلفة العلاج؟
- هـل لنـا أن نعيـد النظـر فـي النظـام الـذي يضـع مراكـز الرعاية الصحيـة الأولية تحت إشـراف المستشـفيات حتى لا يتمحـور دور المراكـز الصحية حول اسـتقبال المرضى. أدعـو إلـى الرجـوع إلـى وثيقـة منظمـة الصحـة العالمية Tech. Rep. Series No. 744 WHO، بعنوان «المستشـفيات مـن أجـل مراكـز الرعايـة الصحيـة الأوليـة». كمـا أدعو

إلى الأخـذ بالتوجه العالمـي لجعل المستشـفيات معززة للصحة (Health Promoting Hospitals).

- هـل لنـا أن نعيـد النظـر فـي مناهـج كليـات الطب والمعاهـد الصحيـة والدراسـات العليـا لكـي تخـرج لنا أفـراد الفريـق الصحـي الذيـن يعنـون بالوقايـة عنايتهـم بالعلاج؟
- كيـف لنـا أن نقنـع المسـؤولين عـن الدراسـات الطبيـة العليـا - والذيـن لا ننكـر جهودهـم المتواصلـة - بـأن فصـل برنامـج الدراسـات العليـا لطـب الأسـرة عـن برنامـج الدراسـات العليـا لطـب المجتمـع أمـر لا مبـرر لـه. والأولـى أن نحافـظ علـى مفهـوم «طـب الأسـرة والمجتمـع» معـاً كيمـا تلتحـم الوقايـة مـع العـلاج فـي التصدي للمشكلات الصحية.
- فـي حالـة قيـام القطـاع الأهلـي بـإدارة الرعايـة الصحية الأوليـة. كيـف يمكننـا تحقيـق التوازن بيـن الربـح الذي ينشـده القطاع الأهلي، وخـروج الرعاية الصحيـة الأولية إلـى المجتمـع لرفـع مسـتوى الصحة، وهـو أمـر لا ربح فيـه إذا مـا قـورن ببقـاء العامليـن الصحييـن داخـل عياداتهم يعالجون المرضى.

لا يسعني في نهاية المطاف إلا أن أثني على اهتمام وزارة الصحة بالرعاية الصحية الأولية. إذ جعلتها من بين أولوياتها، وهو نفسه الاتجاه الذي اتخذته رؤية ٢٠٣٠. وإذا ما كانت هناك اختلافات في وجهات النظر حول وسائل الإعداد والتطبيق فيمكن حلها عن طريق الجلوس إلى مائدة مستديرة يدعى إليها ممثلون عن التعليم الطبي، والخدمات الصحية، والقطاع الأهلي، ليجيبوا على السؤال: ما الذي يمكننا أن نفعله معاً لكي نرتفع بالرعاية الصحية الأولية إلى مستوى المعايير الدولية؟.

الرعايــة الصحيــة الأوليــة..
نمــاذج مــن حــول العالــم

لدينا فـي المملكـة العربيـة السـعودية أكثـر مـن ٢٧٠٠ مركز رعايـة صحيـة أوليـة.. وفـي بقيـة البـلاد العربيـة مجتمعـة مـا لا يقـل عن عشـرة أضعاف هـذا الرقـم.. والسـؤال: كم منهـا يؤدي دوره فـي تطويـر الوضع الصحـي فـي المجتمع الـذي يحيط به؟ الـدور الـذي سـبق أن حددتـه ورسـمت أبعـاده وثيقـة ألمـا آتـا (Alma Ata Declaration) التـي وقـع عليهـا فـي عـام ١٩٧٨ ممثلون من ١٣٤ دولة و٦٧ منظمة صحية.

تدعـو وثيقـة ألمـا آتـا إلـى أن يعنـى مركـز الرعايـة الصحيـة الأوليـة بالإنسـان فـي حالتـي صحتـه ومرضـه. وهـي بهـذا تدعو إلـى خـروج طبيـب المركـز الصحـي وفريقـه الصحـي إلـى المجتمـع ليقومـوا بدراسـة المشـكلات الصحيـة فيـه، والتعـرف على أسـبابها البيئية والاجتماعيـة، والاكتشـاف المبكر للأمراض، ونشـر الوعي الصحـي، وإصحاح البيئـة، وبرامج التغذيـة، ورعاية الأم الحامـل.. هـذا النمـط مـن الرعايـة الصحيـة يختلـف عـن

النمـط التقليدي الـذي نراه فـي بلادنا العربيـة، والـذي يمكث فيه الطبيـب ومسـاعدوه داخل المركـز الصحي فـي انتظـار المريض، وكثيرًا ما يأتي وهو في مرحلة متأخرة من مرضه.

تعالـوا معـي فـي جولـة نستشـرف فيهـا رأي النـاس حيـال الرعاية الصحية الأولية.

لـو أنـك سـألت أحـدًا مـن ذوي الدخـل المحـدود: مـا هـي الرعايـة الصحيـة الأولية؟ لقـال لك: هـي المركز الصحـي الذي في حيِّنـا. قد أذهـب إليـه إذا لم أجـد سـبيلي إلـى المستشـفى. ولكنني «قسمًا عظمًا» لذاهب إلى المستشفى ففيه أساطين الاطباء.

ولـو أنـك سـألت رجـل أعمـال أو موظفًـا مـن أصحـاب الدخـول المتوسـطة ومـا فـوق، لقال لـك: أنا أسـمع عـن مركز الرعايـة الصحيـة الأوليـة، ولكنـي بحمـد الله لسـت فـي حاجة إليـه، فعنـدي مـن الوسـائل مـا يمكِّننـي مـن الذهـاب إلـى المستشـفى، وإذا لـم يكن لي متسـع فـي المستشـفى الحكومي؛ فالمستشفيات الخاصة مشرعة أبوابها أمامي.

لنـدع هـؤلاء جانبًـا.. ولنذهب إلـى منظمـة الصحـة العالمية فنسـألها عـن رأيها فـي الرعايـة الصحيـة الأوليـة. نجدهـا تقول لنـا كلامًـا مختلفًـا. تقـول لنـا: إن الرعايـة الصحيـة الأوليـة هي حجـر الأسـاس فـي الرعايـة الصحيـة فـي أي مجتمـع كائنًـا مـا

كان، في شرق الكرة الأرضية أو غربها، شمالها أو جنوبها. فمن خلالها يتم الاكتشاف المبكر للأمراض، والوقاية منها قبل حدوثها، وعلاجها. وباختصار يتم من خلالها تطوير المجتمع صحيًّا.

ولا نصدقها. فنركب الطائرة متجهين إلى بعض دول العالم المتقدم. أول محطة لنا هي السويد. نسألها ما رأيك في الرعاية الصحية الأولية؟ فتقول لنا إنها في العقود الأخيرة أصبحت هي الأساس في نظام الرعاية الصحية.. نوجه لها نصيبًا وافرًا من ميزانية الصحة.. من خلالها استطعنا التحكم في الأمراض المتنقلة، وفي كثير من الأمراض المزمنة مثل مرض السكري وأمراض القلب والسكتة الدماغية، وأصبحت وفيات الأمهات والأطفال الرضع لدينا متدنية. وتضيف أنها تقوم حاليًّا بإقفال بعض مستشفياتها لتنشئ بديلاً عنها مراكز للرعاية الصحية الأولية.

ونستطرد فنسألها عن ملامح الرعاية الصحية الأولية عندها.. فيقول المسؤولون عن الصحة فيها: قمنا بتدريب القوى البشرية الصحية الملائمة كخطوة أولى نحو تحقيق مفهوم الرعاية الصحية الأولية.. ثم قضينا على المركزية، وأعطينا مراكز الرعاية الصحية الأولية الحرية في الحركة والإبداع. وفتحنا أبوابها على المجتمع بحيث تخرج

بأنشطتها إلى خارج جدرانها، وأشركنا بعض أفراد المجتمع المحلي في أخذ القرارات، وركزنا على الوقاية والتطوير جنبًا إلى جنب مع العلاج.

نترك السويد ونذهب إلى بريطانيا لنتعرف على مفهوم الرعاية الصحية الأولية فيها.. المريض في بريطانيا يذهب أول ما يذهب إذا ألمّ به عارض مرضي إلى طبيب الأسرة (٥٠٪ من الأطباء في بريطانيا أطباء أسرة) الذي يعنى به وبجميع أفراد أسرته كبارًا وصغارًا ذكورًا وإناثًا. طبيب الأسرة وفريقه الصحي مهيؤون لمعالجة نحو ٨٥٪ من المشكلات الصحية السائدة في المجتمع. ولطبيب الأسرة أن يحيل المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية غيره من الاختصاصيين إلى المستشفى.

في مقاطعة شرق أنجيليا في بريطانيا برزت منذ الستينيات الميلادية من القرن الماضي فكرة المراكز الصحية بدون جدران، وسرعان ما انتشرت فكرتها في أنحاء بريطانيا.. أي نعم، هي مراكز صحية لها جدران أربعة تحيط بها، ولكنها تخرج بأنشطتها إلى خارج جدرانها... إلى المجتمع حيث تسهم في التثقيف الصحي وإصحاح البيئة، واكتشاف الأمراض قبل حدوثها والوقاية منها ومن مضاعفاتها.. كل ذلك بمشاركة الأهالي.

وألتقي ببعض زملائي من الأطباء الذين أسهمت في تدريسهم ذات يوم في كلية الطب.. فنتذاكر أحد الموضوعات التي كنا نطرحها للحوار.. أيهما أصعب: إنشاء مركز رعاية صحية أولية يخدم ٢٠,٠٠٠ نسمة ويؤدي دوره كما يجب أم إنشاء مستشفى ١٠٠ سرير؟ وننتهي من حواراتنا إلى أن إنشاء مركز رعاية صحية أولية أصعب من إنشاء مستشفى.. ذلك أن مركز الرعاية الصحية الأولية مهمته تغيير صحة المجتمع إلى الأفضل؛ بما يتطلبه التغيير من تفاعل مع كل المؤثرات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية على الصحة.

وأذكر أنا كنا مجموعة من الأصدقاء تطرق بنا الحديث إلى موضوع الرعاية الصحية الأولية، وفوجئت بأحدهم يدعو إلى إقفال مراكز الرعاية الصحية؛ لأنها - في رأيه - دون فائدة ترجى، والاكتفاء ببناء مزيد من المستشفيات. أسفت لأن مفهوم الرعاية الصحية الأولية لم يصل بعد بأسلوب صحيح إلى صديقي.

ألخص هنا ما سبق أن قلته عن الرعاية الصحية الأولية:

- الرعاية الصحية الأولية هي حجر الأساس للرعاية الصحية في أي مجتمع، سواء كان ذلك في شمال أوروبا أو أواسط إفريقيا.

- مركز الرعاية الصحية الأولية إذا ما أحسن التخطيط له وأدير إدارة جيدة يمكنه أن يغطي نحواً من ٨٥٪ من احتياجات المجتمع الصحية (العلاجية والوقائية).
- **تشمل أنشطة الرعاية الصحية الأولية:**

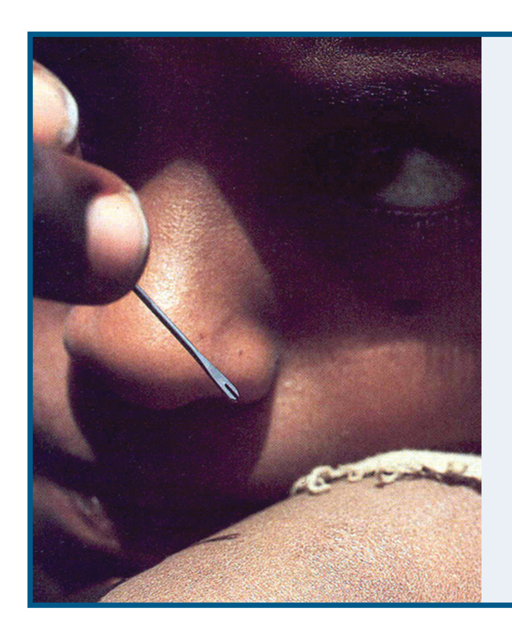
❋ **التثقيف الصحي**: الذي يهدف ليس فقط إلى إعطاء المعلومة الصحية السليمة؛ وإنما أيضًا إلى مساعدة الناس على تبني سلوك صحي في الحياة... في غذائهم وسكنهم ورياضتهم، واجتنابهم المواد الضارة مثل التدخين والمخدرات والمسكرات، وأخيرًا تعاملهم مع الحياة.

❋ **الارتفاع بمستوى صحة البيئة**: وذلك بمساعدة الناس على الحفاظ على بيئة صحية سليمة. سواءً البيئة الصغرى (بيئة المنزل) أم البيئة الكبرى (بيئة المدينة أو القرية).

❋ **نشر ثقافة الغذاء الصحي: الذي** يجمع المقوِّمات الأساسية (البروتينات والكربوهيدرات والدهون والمعادن والفيتامينات)، ويزود الجسم بالطاقة والبناء، ويحافظ على الوزن المعتدل، ويتسم بالنظافة.

* **توفير رعايـة الأمومـة والطفولة:** صحة الإنسـان تبذر بذورها منـذ اللحظـة التـي تلتقي فيهـا نطفـة الرجل ببويضـة المـرأة، ثـم تتوالـى عوامـل البنـاء والهـدم تترى، وهـو جنين بعـدُ في رحـم أمه، وطفـل يحبو، ثم تلميذ على مقاعد الدراسة.

* **توفيـر العـلاج:** يغطـي المركـز الصحـي نحـو ٨٥٪ من المشـكلات الصحية التي تصيب أفـراد المجتمع، ومن ثـم يتـم تحويـل نحـو ١٥٪ منهـا إلى عيـادات متخصصة أو إلى المستشفيات.



كان مرض الجدري يقضي على الألوف. إلى أن خرج الأطباء ومعهم فرق العمل إلى المجتمع لمكافحته بالتثقيف الصحي والتطعيم وبمشاركة الأهالي، حتى إذا كان صيف عام ١٩٧٧ سجلت آخر حالة للجدري في الصومال.

لـك أن تسـتطرد إذا شئت فتذكـر أنشـطة أخـرى يمكـن لمركز الرعايـة الصحيـة الأوليـة أن يقـوم بهـا مثـل التأهيـل الطبـي، والإرشـاد النفسـي والاجتماعي، والاكتشـاف المبكر للأمراض، وجمـع الإحصـاء الحيـوي، والوقايـة مـن الأمـراض المعديـة والمزمنـة.. كل هـذه الأنشـطة لا تحتـاج إلـى أبنيـة ضخمـة، أو أجهـزة ومعـدات عاليـة التكاليـف، أو أسِـرّة مـزودة بأحـدث الأجهـزة الإلكترونيـة. وإنمـا تحتـاج أكثـر ما تحتـاج إلـى أفراد الفريـق الصحـي المؤهليـن تأهيـلاً جيـدًا للقيـام بهـذه الأدوار المتعددة.

يظـل السـؤال القائـم: كيـف نسـتطيع أن نطـور ٢٧٠٠ مركـز صحي فـي المملكـة العربية السـعودية لتـؤدي دورهـا المطلوب فـي عـلاج المرضـى جنبًـا إلـى جنـب مع الارتقـاء بمسـتوى الصحـة فـي المجتمـع؟ الإجابـة عـن هـذا السـؤال تسـتحق منا وقفـة نطرح فيهـا بضعة اقتراحـات، وخاصـة أننا نجـد من خلال رؤيـة ٢٠٣٠ التزامًـا من أعلى مسـتوى فـي الدولة بتطويـر مراكز الرعاية الصحية الأولية.

- قامـت وزارة الصحة بإعداد نمـاذج رائعة لمبانـي الرعاية الصحيـة الأوليـة، نتطلع إلـى الاسـتفادة المثلـى من هذه المبانـي فـي التطويـر.. أخـذًا فـي الاعتبـار أن المبانـي لا تعدو أن تكون أحد عناصر التطوير.

- علينا أن نصوغ أهداف وأنشطة مراكز الرعاية الصحية الأولية استنادًا إلى وثيقة «ألما آتا» لمنظمة الصحة العالمية.
- إعادة النظر في أهداف التعليم الطبي في كليات الطب والمعاهد الصحية كيما نضمن إعداد الفريق الصحي المهيأ للقيام بأنشطة الرعاية الصحية الأولية بكفاءة وفاعلية.
- التدريب المستمر للقائمين بالعمل في المراكز الصحية من أجل القيام بدورهم في الارتقاء بصحة المجتمع.
- إشراك أفراد المجتمع في تخطيط وتنفيذ وتقييم برامج الرعاية الصحية.
- التخلص من مركزية الإدارة بإعطاء طبيب المركز الصحي وفريق عمله حرية الحركة بما يصاحبها من إبداع.. (يسبق ذلك التدريب والإعداد الجيدان).. على أن نحاسبه على النتائج قياسًا بما تحقق من خفض في معدلات الأمراض، وارتفاع في مستوى الصحة.
- ليكن رائدنا في الرعاية الصحية الأولية ليس فقط تلبية طلبات الناس؛ وإنما أيضًا احتياجاتهم الحقيقية.

نماذج للرعاية الصحية الأولية:

لو أنك بحثت في الإنترنت عن «الرعاية الصحية الأولية» لظهر لك ما يقرب من ٦٠٠ مليون موقع يتحدث عنها.. بعضها يسهم حقًّا في الارتفاع بمستوى الصحة بين أفراد المجتمع.. أحدثك هنا عن بضعة نماذج تهيأت لي الفرصة لزيارتها.

النموذج الأول أسوقه من إيران:

برزت إيران في الستينيات والسبعينيات الميلادية من القرن الماضي كدولة رائدة من بين دول العالم النامي في مشاريع الرعاية الصحية الأولية التي تعتمد على خروج أنشطة المركز الصحي إلى خارج جدرانه، وعلى مشاركة المجتمع. ووراء هذا قصة تروى:

بدأت القصة بعد أن لاحظ المسئولون الصحيون في إيران أن الأطباء غير مهيئين للعمل في الريف الايراني، حيث يقطن غالبية السكان.. ومن ثم تجدهم يسعون حثيثًا للعمل في المدن الكبرى أو يسارعون إلى الهجرة إلى الدول الغربية.

أجمع المسؤولون الصحيون أمرهم على إيجاد حل للمشكلة.. وبالتعاون مع جامعة طهران ومنظمة الصحة

العالمية أنشأت وزارة الصحة مجموعة من مراكز الرعاية الصحية في منطقة غرب أذربيجان بشمال إيران.. بدؤوا المشروع بإنشاء معهد لتدريب المساعدين الصحيين ذكورًا وإناثًا اختاروهم من الطبقة العاملة في المجتمع.. دربوهم لمدة ثلاث سنوات على الخدمات الصحية الأساسية، ووضعوا على رأسهم أطباء دربوا على الرعاية الصحية الشاملة، وأشركوا أفراد المجتمع في التخطيط والتنفيذ.



في إيران في السبعينات الميلادية قام مشروع رضائية.
المساعد الصحي أوصل بالتعاون مع الأهالي مياه الشرب النقية من النبع إلى القرية عن طريق أنبوب.

تم تنظيم العمل بحيث يقوم المساعد الصحي والمساعدة الصحية تحت إشراف الطبيب بالتعاون مع القرويين في تخطيط وتنفيذ العديد من المشاريع الصحية. بعد بضع سنوات من انطلاقة المشروع قامت منظمة الصحة العالمية وجامعة جونزهوبكنز بتقييم النتائج، فوجدوا انخفاضًا ملحوظًا في معدلات الأمراض والوفيات مقارنة بمجتمعات أخرى لم تطبق المشروع.. وأصبح المشروع مزارًا يحج إليه المهتمون بالرعاية الصحية.

أمضيت ثلاثة أيام أتجول في قرى غرب أذربيجان.. شربت من الماء النظيف الذي أسهم المساعد الصحي في إيصاله من النبع إلى القرية، وهو ما أدى إلى خفض معدلات الإسهال بين الأطفال، واطلعت على المراحيض التي بنيت بسواعد الأهالي ودعم المسؤولين الصحيين. أطلق فكرتها المساعد الصحي بعد أن كان الأهالي يقضون حاجتهم في الحقول. لمست عن قرب قيام المساعدة الصحية بعلاج الحالات المرضية البسيطة، وإعطاء التثقيف الصحي، ورعاية الأمهات الحوامل، وتطعيم الأطفال.. كان من الواضح أن الهدف الذي وضع أمامهم كفريق صحي هو الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض قبل أن يصيب الإنسان. ولمن شاء معرفة المزيد عن هذا المشروع الرائد يمكنه الرجوع

إلـى كتـاب موريس كنـج (الرعايـة الصحية فـي غـرب أذربيجان بإيران) وسيجده على صفحات الإنترنت.

النموذج الثاني أنقله إليكم من فنلندا:

قمـت مـع مجموعة مـن طلابـي فـي الدراسـات العليـا بكلية الطب بجامعـة الملك فيصـل بالدمام بزيـارة إلى فنلنـدا للاطلاع علـى أسـلوب الرعايـة الصحية فيهـا بترتيـب من منظمـة الصحة العالميـة. من نافلـة القول أن نشـير إلـى فنلندا كواحـدة من أرقى الأمم صحيًّا.

عـدد سـكان فنلنـدا لا يتجـاوز خمسـة ملايين ونصـف مليون نسـمة.. البلـد مقسـم إلـى نحـو ٣٠٠ بلديـة (كميـون).. لـكل كميـون ميزانيتـه الخاصـة بـه للرعايـة الصحيـة، والتـي يشـرف عليهـا مجلس يضـم الطبيب وفريقـه الصحي وبعـض المتطوعين مـن أفـراد المجتمع، منهـم التاجـر والمـدرس والصانـع والعامل والموظـف.. لأعضـاء المجلـس الحـق فـي تخطيـط وتنفيـذ أي مشـروع صحي يرونـه مناسـبًا.. يسـتطيعون أن يضيفوا أسِـرّة إلى المستشـفى، أو يسـتحدثوا مركـزًا صحيًّـا جديـدًا.. أو ينشـئوا مشـروعًا صحيًّـا.. يفعلـون كل هـذا دون الرجـوع إلى أي سـلطة عليـا.. أمامهم أهـداف محـددة عليهـم أن يحققوها.. وفـي نهاية العـام تقـوم الـوزارة بتقييـم مسـتوى الصحة فـي الكميونـات بناء

على معدلات الأمراض والوفيات. من حقق الأهداف كوفئ على جهده، ومن قصر حوسب على تقصيره.

أنتقل بكم إلى بلد ثالث.. اليمن:

في منتصف التسعينيات الميلادية أعلنت وزارة الصحة اليمنية أن ميزانيتها لا تسمح بالصرف على الرعاية الصحة الأولية، ومن يرغب من المجتمعات في إنشاء مركز للرعاية الصحية الأولية عليه أن يوفر المبنى، وتقوم الوزارة بالتعاون مع اليونيسف بتدريب المساعد الصحي والممرضة وتوفير الوسائل الأساسية للعلاج والوقاية.

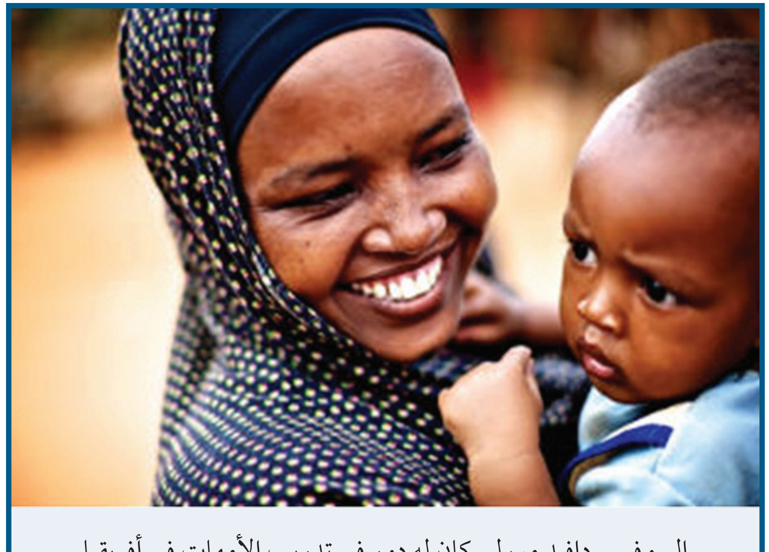
تسنى لي زيارة مركز صحي في قرية استجاب أهلوها لعرض وزارة الصحة.. أخذني شيخ القرية إلى المبنى الصغير الذي وفروه مقرًّا للمركز الصحي.. واصطحبني المساعد الصحي الذي وظفته القرية وتولت تدريبه وزارة الصحة ليريني أنبوب الماء الذي مده بمساعدة الأهالي من النبع إلى القرية، والمراحيض التي أسهم في إنشائها يدًا بيد مع السكان. جلست إلى المساعدة الصحية التي دربت على أسس التوليد ورعاية الأم الحامل والطفل الرضيع.. كان الجميع يتحدثون بلهجة الفخر والرضا عن الرعاية الصحية التي شاركوا فيها بجهدهم.

ونذهب إلى منطقة نارينجوال بالهند:

وجدت البعثة الطبية من جامعة جونز هوبكنز الامريكية أن كثيرًا من الأطفال يعانون من الإسهال والتيتانوس (الكزاز) والالتهابات الصدرية نتيجة لظروف البيئة وجهل الأمهات. قام الطبيب بتدريب الأمهات على إعداد محلول الإرواء لعلاج الإسهال، وعلى الأسس السليمة لتغذية الطفل في الشهور الأولى بعد الولادة، والتعرف على أسباب مرض التيتانوس ومظاهره الأولى.. وفي بضعة شهور انخفضت معدلات الإصابة بالإسهال والتيتانوس والالتهابات الرئوية.. كانت الوسيلة تهيئة الأمهات وإشراكهن في العناية الطبية بأطفالهن.

وإلى غرب إفريقيا:

صديقي الدكتور ديفيد مورلي له تجارب ناجحة في تدريب الأمهات القرويات على قياس الطول والوزن لأطفالهن الرضع كمعيار لنموهم ومستوى تغذيتهم، وتسجيل النتائج في بطاقة تحتفظ بها الأم.. دعاني قبيل وفاته وهو على مشارف الثمانين من العمر لزيارته في بيته خارج مدينة لندن وأمضى معي ساعات يتحدث عن نظريته في أهمية إعداد الأمهات للعناية الصحية بأطفالهن.



البروفسير دافيد مورلي كان له دور في تدريب الأمهات في أفريقيا على العناية بأطفالهن مما ترك أثرًا إيجابيًّا على صحة الأطفال.

أختتم بالنموذج الأخير من كندا:

بترتيـب مـن الإدارة الصحية في ولايـة مونتريـال زرت بعض أوجـه الخدمـات الصحية في كنـدا.. كان مـن بينها قضـاء يومين مع طبيب أسـرة في عيادتـه قريبًـا من مدينـة مونتريـال.. وجدت العيـادة مزدانـة بصور لأفـراد الأسـر الذيـن اعتنـى بهـم الطبيب علـى مـدى ربـع قـرن.. الأجـداد والآبـاء والأحفـاد.. الأمهات اللواتـي تولـى توليدهـن، والصغـار الذيـن تابعهـم صحيًّـا حتى شـبوا عن الطـوق.. أطلعني علـى وسـائل التثقيف الصحـي التي

يقـوم بهـا مسـاعدوه تحـت إشـرافه، حكى لـي عن المشـكلات الاجتماعية والأسرية التي أسهم في حلها.

هـذه بضعة برامـج ناجحـة للرعايـة الصحيـة الأوليـة تختلف في تطبيقهـا من مجتمـع لآخـر، ولكنها تلتقـي جميعها فـي رؤية واضحة المعالـم، وهـي أن الرعايـة الصحية ليسـت مهمتها فقط توفيـر حبـة الـدواء وإنما هـي أكثر مـن ذلـك وأبعد مـدى.. هي توفير الرعايـة الصحية الشـاملة (العلاجية والوقائيـة)، والخروج بهـذه الرعايـة إلـى خـارج جـدران المركـز الصحـي، ومشـاركة الأهالي في تنفيذها.

علينا أن نتذكـر أن مراكـز الرعاية الصحية مكملة للمستشـفيات، لا وجـود لأحدهمـا دون الآخـر. المشـكلة تأتـي مـن عـدم التـوازن بينهمـا. يذكرنـي ذلـك بـالأب الـذي يهـب ٩٠٪ مـن ثروتـه لأحـد أبنائـه (المستشـفى). ولا يتـرك للآخـر (الرعايـة الصحيـة الأوليـة) إلا ١٠٪ أو أقـل. صـدرت مؤخـرًا قـرارات تقضـي بكـون المستشـفى مسـؤولاً عـن مجموعـة مـن المراكز الصحيـة فـي منطقتـه.. كل الـذي أخشـاه أن يترسـخ بذلـك الـدور العلاجي للمراكـز الصحيـة أكثـر فأكثـر نتيجـة تبعيتهـا للمستشفيات.

أحد أسـباب التمييز في بلادنـا العربية بيـن المستشـفى والمركز الصحـي هـو «الشـريط الأخضـر». المستشـفى يحظـى بالشـريط

الأخضر يقـص يـوم افتتاحـه، ولا شـريط لمركـز الرعايـة الصحية الأوليـة.. الطبيـب فـي المستشـفى إذا اسـتأصل طحـالاً متهتـكًا لمريـض أو سـد ثقبًـا فـي قلـب طفـل أو عالـج مصابًـا بالكسـور طنطنت له وسـائل الإعـلام، وحظـي بالنصيب الأوفى من الشـهرة والمـال والمجـد. أمـا صاحبنـا ذاك فـي مركـز الرعايـة الصحيـة الأوليـة.. فمـن ذا الذي يـدري به إن أسـهم فـي وقايـة مجتمعه من مـرض الملاريـا أو البلهارسـيا، أو روماتـزم القلب، أو داء السـل، أو حصـن ألف طفـل وطفل من أمـراض شـلل الأطفـال أو الكزاز أو السعال الديكي أو الحصبة.. أجره عند الله وكفى.

قصة أستاذيّ أنور المفتي وكارل تيلر:

أود أن أختتـم هـذا الفصل بقصـة أسـتاذين من أسـاتذتي هما أنـور المفتـي وكارل تيلـر، لأعطـي مثـلاً لخـروج الطبيـب إلـى خـارج جـدران المستشـفى والمركـز الصحـي ومعايشـته للمشكلات الصحية في المجتمع.

د. أنـور المفتـي (١٩١٣-١٩٦٤) كان أسـتاذ الأمـراض الباطنيـة. بل أسـتاذ الأسـاتذة. كان الأول علـى دفعته طـوال أيام دراسـته الطبية فـي مصر ثم حصـل على الدكتـوراه مـن بريطانيا. شـملت اهتماماتـه أمراض السـكري وتصلـب الشـرايين وضغط الدم، ولكـن اهتمامـه الرئيـس كان بمـرض البلهارسـيا المنتشـر فـي مصـر. ومـن أجـل البلهارسـيا والوقايـة منهـا كان يمضـي

أشهر الصيف من كل عام في صعيد مصر يبحث، ويدرس، ويعالج، ويعمل على الوقاية من مرض البلهارسيا. يترك عيادته المزدحمة بالمرضى ليعايش الفلاحين في قراهم. يدرس أمراضهم، ويعمل جاهداً على وقايتهم منها. رحم الله أستاذنا الدكتور أنور المفتي.

أما أستاذي الآخر فهو د. كارل تيلر (١٩١٦-٢٠١٠) أستاذ الصحة الدولية بجامعة جونز هوبكنز بأمريكا. تعلمت الكثير على يديه. كان يدعونا هو وزوجته ماري إلى لقاءات في منزله في ضواحي مدينة بلتيمور ليعقد معنا حوارات لا تنتهي عن الأخلاق الطبية وعن دور العاملين الصحيين في تحقيق مفهوم الصحة. كان أحد الذين وضعوا اللمسات التحضيرية لمؤتمر الما آتا (١٩٧٨) الذي عقد في كازاخستان عن الرعاية الصحية الأولية، ومن أوائل من نادى بخروج الرعاية الصحية من بين جدران المركز الصحي والمستشفى إلى المجتمع، وإشاعة تعبير "Community-Based Approach". كان صنوه في هذا أ. د. ديفيد ميلير الطبيب البريطاني الحائز على جائزة الملك فيصل في العلوم الطبية.

أقف هنا عند واحدة من قصص كارل تيلر.

قضى د. كارل تيلر حياته المهنية التي امتدت نحواً من ٤٠ عاماً كأستاذ في جامعة جونز هوبكنز. وفي كل أربع سنوات يترك الجامعة ليمضي عاماً في دولة من دول العالم

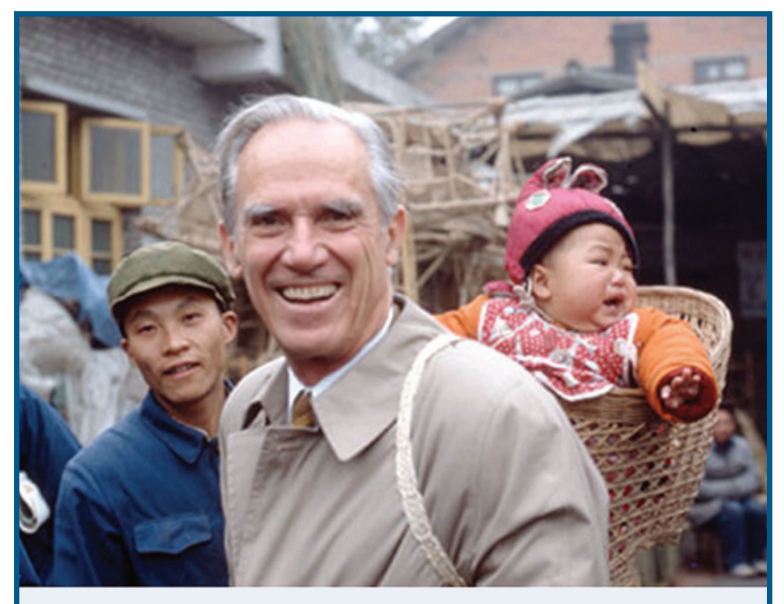
النامي يعايش فيها مشكلات الناس الصحية ويسعى للوقاية منها.

في إحدى السنوات دعاه بعض تلاميذه الذين غدوا مسؤولين صحيين في الهند ليدرس مشكلة عدم إقبال الأطباء الهنود على العمل في الريف. سافر هو وزوجته وأبناؤه ليقضوا عاماً في الهند يدرس فيه المشكلة. أصر على أن يقيم هو وأسرته في قرية هندية ليتمكن من دراسة المشكلة على أرض الواقع. حاول المسؤولون في وزارة الصحة الهندية أن يثنوه عن هذا العزم، على أن يهيئوا له سكناً لائقاً به في العاصمة الهندية، ولكنه رفض بحجة أنه جاء ليدرس مشكلة صحية في الريف الهندي وعليه أن يقيم فيه. استعانوا بزوجته لكي تثنيه عن عزمه. ولكنها هي الأخرى ساندته، ورفضت عرضهم.

دعوته إلى المملكة مرتين أولاهما لمتابعة دراستي الحقلية للدكتوراه. والثانية للمشاركة في الخطة الخمسية الأولى لوزارة الصحة، وأثرانا في زيارتيه كما لم يثرنا أحد.

عاش حياة حافلة. ولمن شاء المزيد يستطيع أن يعود إلى صفحته على الإنترنيت. قبل أن يتوفى عن ٩٣ عاماً أنشأ بجزء من ثروته وقفاً خيريًّا لدعم مشاريع التنمية الصحية في دول العالم النامي.

خلاصة القول.. هو أننا يمكننا الانتقال بمستوى الصحة في بلادنا إلى مستوى أفضل لو أننا أخذنا على عاتقنا تطوير مراكز الرعاية الصحية الأولية من دورها التقليدي في صرف الدواء للمراجعين، إلى مراكز لتطوير المجتمع صحيًّا. وإني لأدعو مجلس وزراء الصحة العرب ومجلس وزارة الصحة في دول الخليج أن يوظفوا مؤسسات بحثية علمية متمكنة لإجراء دراسات تقييمية على عينات من مراكز الرعاية الصحية الأولية لنعرف أين نحن من هذا التوجه العالمي.



أستاذي د. كارل تيلر كان يترك التدريس في جامعته ويمضي سنة من بين كل أربع سنوات في الدول النامية يشارك في التنمية الصحية.

تعزيـــز الصحـــة

تعزيـز الصحـة هـو فـي الأسـاس مسـاعدة النـاس علـى تبني أسـلوب صحيٍّ في الحياة.. في مطعمهم ومشـربهم ومسـكنهم، في المـاًء الـذي يشـربون والهواء الـذي يتنفسـون، وفـي عوامل البيئـة المحيطـة بهـم. ليـس ذلـك فحسـب وإنمـا أيضـاً فـي تعاملهـم مع الحيـاة والنـاس. علنا نتذكـر تعريف منظمـة الصحة العالميـة للصحـة حيـث قالـت: «الصحـة ليسـت مجـرد الخلـو من المرض ولكنها التكامل الجسدي والنفسي والاجتماعي».



الثقافة الصحية الغذائية من أولويات الرعاية الصحية الأولية.
وتعد عاملا أساسيا في تعزيز الصحة في المجتمع

الذي نستخلصه من الدراسات والبحوث الطبية أن أسلوب الحياة الذي ننتهجه في مأكلنا ومشربنا وتعاملنا مع البيئة وعلاقاتنا الاجتماعية والإنسانية، هو العامل الأساس الذي يؤثر سلباً أو إيجاباً على صحتنا الجسدية والنفسية والعقلية، ومن هنا كان تعزيز الصحة أمراً سهلاً ممتنعاً. سهل لأنه في متناول يد كل إنسان. وصعب لأن تغيير السلوك البشري من أكثر الأمور تعقيداً. تحول دونه معتقدات وموروثات وعادات وتقاليد وظروف بيئية. وأضرب لذلك بضعة أمثلة.

- ينتشر مرض البلهارسيا في بعض المجتمعات لأن مرضى البلهارسيا يفرزون فضلاتهم في تجمعات المياه ومجاري الأنهار. ويأتي الأصحاء فيسبحون أو يخوضون في الماء الملوث فينتقل إليهم المرض. سلوك بشري خاطئ يسهل تفاديه لو كان لدينا الثقافة الصحية الكافية.

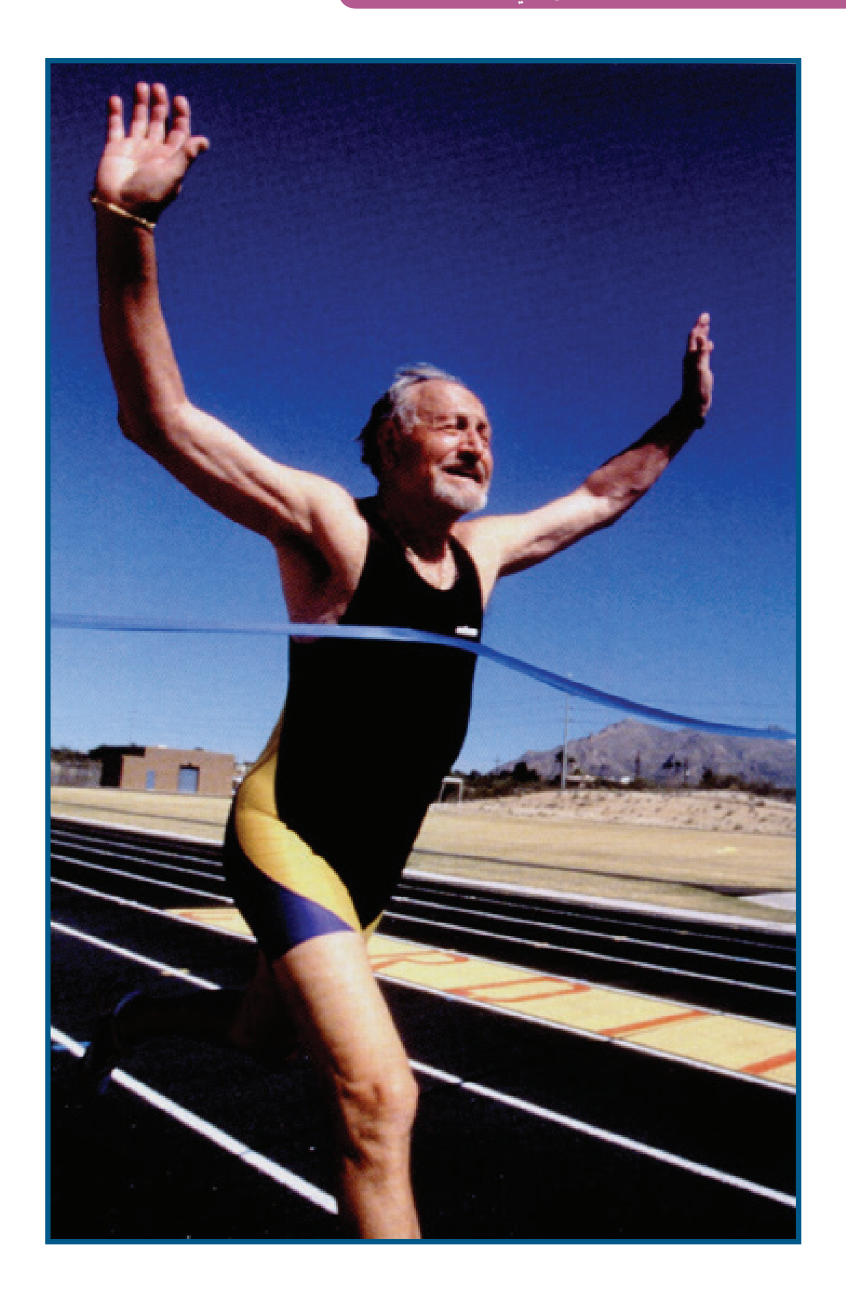
- ينتشر في بعض المجتمعات مرض السل لأن أهل المريض يرون من العيب أن يؤخذ مريضهم إلى مصح وهم – كما يظنون – أولى بالعناية به.

- انتشرت الكوليرا في الريف المصري في الأربعينيات من القرن الماضي للسبب نفسه.. مرة أخرى سلوك بشري خاطئ.



اللقاحات ضد أمراض الطفولة من أهم العوامل في الوقاية من المرض وتعزيز الصحية، هي من أهم مسؤوليات مراكز الرعاية الصحية الأولية.

- وما ارتفـاع معدل حـوادث السـيارات في بلادنـا إلا نتيجة أخطـاء بشـرية لـدى السـائق والسـائر علـى قدميـه علـى السواء.
- فـي السـنوات الأخيـرة انتشـرت أمـراض القلـب والسـكري وارتفاع ضغط الـدم والتهاب المـرارة وحصواتهـا واضطراب القولـون. وجميعها مشـكلات صحيـة نتجت عن الغـذاء غير الصحـي، وقلـة الحركـة، وزيـادة ضغـوط الحيـاة. أكثرنـا يعـرف ذلك ومع هـذا فسـلوكنا غير الصحي مسـتمر. مـا زلنا نـأكل أكثـر ممـا نحتـاج، ونسـتعمل السـيارة والمصعـد أكثر مما يجـب، ونهمـل الحركـة والرياضـة، ونسـتجيب لظروف الحياة بمزيد من التوتر والقلق.



- بعد محاضرة ألقيتها عن مضار التدخين. خرجت إلى الصالة الخارجية فوجدت منسقي المحاضرة يدخنون. أخشى أن أقول إن محاضرتي تلك نموذج لبرامج التثقيف الصحي التي تقف عند حدود تغيير المعلومة ولا تتعداها إلى تغيير السلوك.

لو أننا نظرنا إلى الأمراض لوجدنا أن العامل الأساس وراء حدوثها وانتشارها ما هو إلا سلوك بشري خاطئ. ولو أن الإنسان علم أسباب الأمراض وعمل بما علم لتفادى أكثرها، ولعاش حياة صحيحة مديدة خالية أو تكاد من الأمراض.

لب الموضوع هو كيف لنا أن نصمم برامج التثقيف الصحي التي تنتهي بتغير السلوك ولا تقف عند حد إعطاء المعلومة.. هذا هو تعزيز الصحة الذي ندعو إليه.

في العقود الثلاثة الأخيرة عقدت منظمة الصحة العالمية عدة مؤتمرات، أطلقت من خلالها مفهوم «تعزيز الصحة». ذكر فيها أن أفضل وسيلة لتطوير الوضع الصحي في المجتمع - أي مجتمع - هي أن يشارك أفراد المجتمع في تخطيط البرامج الصحية وتنفيذها وتقويمها، إذ إن ذلك أدعى إلى أن يتفاعلوا معها ويتبنوها. مشاركة المجتمع في الرعاية الصحية تعني ضمناً أن يكون الفرد مسئولاً عن صحته، وأن يتهيأ لحمل هذه المسئولية بكافة الوسائل. ومن هنا كانت

الصحة قضية مشتركة لا تتحمل مسئوليتها وزارة الصحة وحدها وإنما يشاركها في تحمل المسئولية عشرات الأجهزة الحكومية والأهلية.

الصحة ليست فقط هدفًا اجتماعيًّا وإنسانيًّا نبيلًا (وهي لعمري كذلك قبل أي شيء آخر)، ولكنها أيضًا استثمار اقتصادي. فالمجتمع الذي يتمتع أفراده بمستوى جيد من الصحة الجسدية والعقلية والنفسية أكثر قدرة على الإنتاج، وهناك أمثلة كثيرة لمشاريع صناعية أو زراعية فشلت نتيجة وجود وباء في منطقة المشروع، ولما قُضي على الوباء نجح المشروع. الأمثلة التي يمكن أن تضرب لتوضيح العلاقة بين الصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية لا يحدها حصر. فكثير من المشاريع الإنمائية كالإسكان وإنشاء السدود وإزالة الغابات تنعكس نتائجها سلباً أو إيجاباً على صحة الفرد والمجتمع.

أقرب مثل يحضرني من اليابان. عندما خططت اليابان لمكافحة مرض البلهارسيا قدرت ما يمكن أن يضفيه مشروع المكافحة من زيادة في قدرة الفرد على الإنتاج، وبالتالي على الناتج القومي. وبنت خططها لمكافحة المرض على هذا الأساس. ونجح مشروع المكافحة. في الوقت الذي تعثر فيه مشروع مكافحة البلهارسيا في كثير من الدول النامية

لأن القـوم تصـدوا لـه مـن منطلـق اجتماعـي وإنسـاني فقـط، قامـت بـه وزارات الصحة ولم يشـاركها الاهتمام نفسـه الجهات المسئولة عن الاقتصاد والتنمية الاجتماعية.



من مهام مركز الرعاية الصحية الأولية أن لا يبقى طفل واحد في المجتمع لم ينل نصيبه من التطعيم ضد أمراض الطفولة.

بيـت القصيد فـي حديثـي هـو أن أي تطويـر حقيقـي للصحة فـي أي مجتمـع لا يمكـن أن تقـوم بـه وزارة الصحة إن لـم يكن بينها وبيـن جميع الأجهـزة الأخـرى (الحكوميـة والأهلية) ذات العلاقـة بالصحـة تنسـيق وتناغـم وهـدف مشـترك. والأجهـزة الأخرى التـي أعنيها تشـمل فيما تشـمل وزارات المـال والاقتصاد والتخطيط والتعليم والبيئة جنباً إلى جنب مع القطاع الأهلي.



العناية بأمراض الشيخوخة تستدعي تهيئة أفراد الأسرة للتعامل مع كبار السن. وهي من مهام الرعاية الصحية الأولية.

في شـهر مارس من عـام ٢٠١٠م عقـدت الجمعية السـعودية لطـب الأسـرة والمجتمـع بالتعاون مـع الأمانـة العامـة لمجلس وزراء الصحـة لـدول الخليـج وجمعيـة تعزيـز الصحـة مؤتمرها الخامس بعنـوان «تعزيز الصحة». شـارك في المؤتمـر متحدثون مـن داخـل المملكـة وخارجهـا. وكانـت توصيتـي فـي المؤتمر هي أن يجمـع وزراء الصحـة فـي دول الخليج أمرهـم ويرصدوا ٥ ,٢٪ مـن ميزانيـة الصحة فـي دولهم لمشـروع تعزيـز الصحة. (وبخاصـة برامـج التثقيـف الصحـي التـي تهـدف إلـى تغييـر

السلوك البشري إلى الأفضل) على أن يقوم على هذا الأمر رجال ونساء أمناء أقوياء، درسوا وتعلموا أهداف وأساليب التثقيف الصحي، يطبقون مفاهيم تعزيز الصحة بأسلوب علمي. وأنا ضامن لهم أن لن يمر عقد من الزمان إلا وقد ارتفع مستوى الصحة في دول الخليج ارتفاعاً ملحوظاً نتيجة لهذا الإجراء وحده..



على الإنسان أن يدرك أسباب وعوامل المرض فيدفعها عن نفسه.
وهذا لن يكون إلا أن يكون لديه قدر كاف من الثقافة الصحية.

عناصر الرعاية الصحية الأولية

علاج المرضى

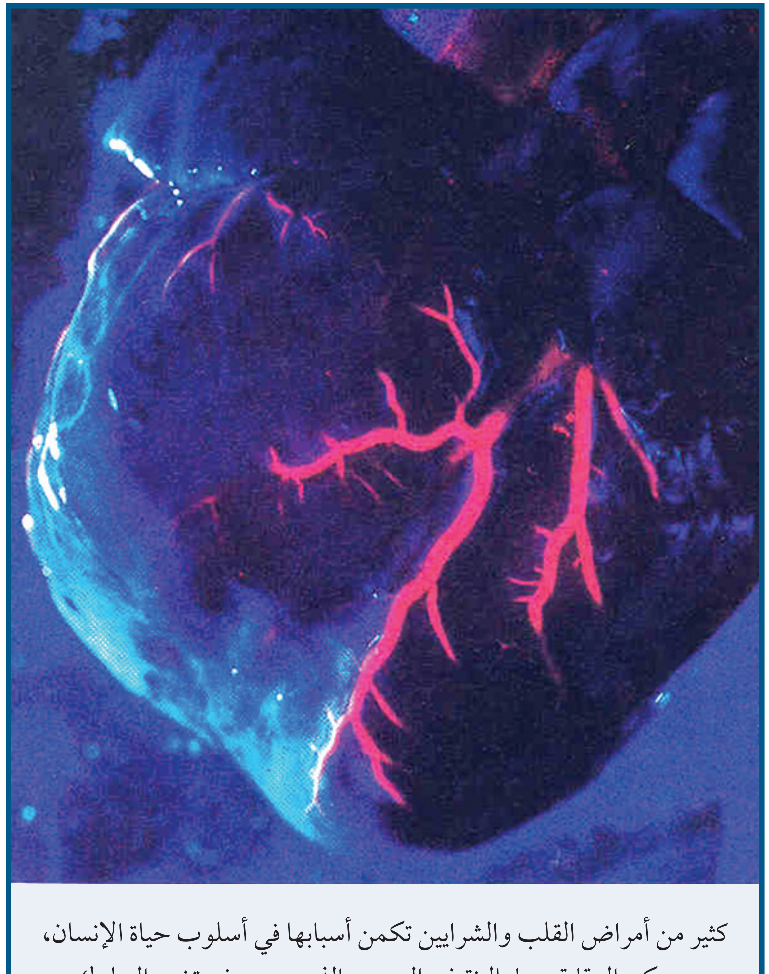
علاج المرضى أحد العناصر الأساسية في عمل مراكز الرعاية الصحية الأولية . لا يقوم به الطبيب وحده وإنما يقوم به الفريق الصحي ولكل من أفراده دور في العلاج. ولا يتم العلاج بمعزل عن الوقاية من المرض ومحاولة اجتثاثه من جذوره وحماية الآخرين من الإصابة به. من هنا كانت أهمية النظرة الشاملة لقضايا الصحة والمرض في المجتمع، ومن هنا جاء الدور المتميز الذي يمكن أن تقوم به مراكز الرعاية الصحية لحماية المجتمع من الأمراض وتعزيز الصحة والارتفاع بمستواها.

قامت الهيئة السعودية للاختصاصات الصحية بوضع قائمة بأهم ٥٠ مشكلة صحية يجب أن يهيئ طبيب الأسرة نفسه للتصدي لها. وقائمتين أخريين بأهم الإجراءات التي يجب أن يلم بها. هذه القوائم تكاد تلخص أهم ما يجب على طبيب

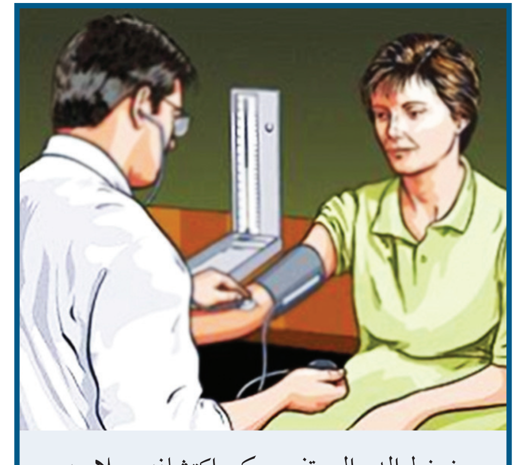
الرعاية الصحية الأولية أن يتهيأ للقيام به من الجانب العلاجي في عمله. وسيلته في ذلك مداومة القراءة والاطلاع في العلوم الطبية، بالإضافة إلى حضور الندوات والمؤتمرات والمشاركة في برامج التعليم المستمر والدراسات العليا. كما أن مواقع الإنترنت الجادة تتيح فرصة للطبيب لأن يوالي تعليم نفسه وتثقيفها.



مرض مثل حوصلة الكبد Hydated Cyst يمكن استئصاله بعملية جراحية. ولكن مسؤولية الفريق الصحي بقيادة الطبيب هي تقصي المشكلة من جذورها التي تكمن في البيئة ومكافحتها بدلًا من الاقتصار على علاج المرضى.



كثير من أمراض القلب والشرايين تكمن أسبابها في أسلوب حياة الإنسان، ويمكن الوقاية منها بالتثقيف الصحي الذي يسهم في تغيير السلوك ولا يكتفي بإيصال المعلومة.



ضغط الدم المرتفع يمكن اكتشافه وعلاجه مبكرًا. وهذا يستدعي دمج النشاطات الوقائية والعلاجية معًا في أعمال المركز الصحي.



العلاج والوقاية لا يمكن فصلهما . على سبيل المثال قد يكون العلاج الوحيد لبعض حالات الأمراض الجلدية أن يغير المرأ طبيعة عمله أو جوانب من معيشته إذا ثبت أنها السبب في مرضه . والأمثلة على ذلك كثيرة



تقنيات النانو في الطب تفتح آفاقا جديدة في وسائل التشخيص والعلاج لم تكن معروفة من قبل، وتؤذن بفتح مجاهل مغلقة حتى اليوم في العلوم الطبية.



إلتهاب اللوزتين يجب علاجه مبكرًا قبل أن يصل إلى مرحلة المضاعفات. من هنا تأتي أهمية الاكتشاف المبكر والعلاج المبكر للأمراض.



في كثير من الأحيان يمكن الإستغناء عن الدواء بالحمية وتصحيح أسلوب الغذاء والرياضة المنتظمة. هذا المبدأ ينطبق على علاج العديد من الأمراض من بينها أمراض السمنة والسكري والقلب والشرايين..

فيما يلـي القوائم التـي اختارتهـا الهيئة السـعودية للاختصاصات الصحيـة لأهـم المشـكلات الصحيـة وأهـم الإجـراءات التـي على طبيب الأسرة أو طبيب الرعاية الصحية الأولية أن يتقنها.

I- TOP 50 CORE HEALTH CONDITIONS:

1- Acne
2- Acute Abdomen
3- Acute Gastroenteritis
4- Allergic Rhinosinusitis

5- Anemia
6- Antenatal care
7- Anxiety
8- Atopic dermatitis
9- Bronchial Asthma
10- Back pain
11- Basic life support
12- Bedwetting
13- Benign prostatic hyperplasia
14- Cataract
15- Chest infection
16- Cholelithiasis / Cholecystitis
17- Dementia
18- Depression
19- Diabetes
20- Epilepsy
21- Failure to thrive
22- Family Planning & Vaginal Discharge
23- Gastro Esophageal Reflux Disease
24- Glaucoma
25- Heart failure
26- Hypertension
27- Hyperlipidemia
28- Irritable Bowel Syndrome
29- Ischemic Heart Disease

30- Influenza
31- Menopause
32- Migraine
33- Minor injuries
34- Osteoarthritis
35- Obesity
36- Osteoporosis
37- Periodic health maintenance (man & woman health)
38- Psychotic disorders
39- Peptic-ulcer Disease (PUD) / chronic gastritis
40- Renal stone
41- Skin Infection
42- Smoking
43- Somatization
44- Stroke / Transient Ischemic attack
45- Tuberculosis (TB)
46- Thyroid disease
47- URTI (nose / ear / sinuses... etc.
48- Urinary Tract Infection
49- Viral hepatitis
50- Well baby care

II 27 MAJOR APPROACH TOPICS:

1- Concepts and Principles of Family Medicine
2- PHC System in KSA

3- Health Promotion & Education
4- Dealing with uncertainty.
5- Hypertension Management
6- Diabetes Management
7- Approach to low back pain (LBP).
8- Approach to joint pain.
9- Approach to abdominal pain.
10- Approach to Patient with headache.
11- Approach to a patient with Bronchial Asthma.
12- Approach to chest pain.
13- Data interpretation
14- ECG Interpretation
15- Infection control
16- Rational Drug Prescription
17- Women Health Care
18- Child Health Care
19- Adolescent Health
20- Geriatric Health Care
21- Professional Development
22- Continuous Quality Improvement (CQI)
23- Mental Health
24- Complementary and Alternative Medicine
25- Evidence-Based Medicine
26- Medical Ethics
27- Consultation، Communication Skills & Counseling

III 55 CORE SKILLS:

1- Access and utilize relevant websites
2- Apply casts and splints
3- Apply standard methods of injections
4- Apply different vaccines and sera.
5- Apply gastric lavage
6- Apply Glasgow coma scaling and Trauma scoring
7- Apply skin sutures
8- Apply wound dressing
9- Assess strabismus in children
10- Communicate effectively to patients and people
11- Conduct antenatal and postnatal care
12- Conduct CPR (Adult and Pediatric)
13- Conduct a mental & psychiatric exam.
14- Conduct screening
15- Conduct telephone consultations
16- Control nasal bleeding by pressure and chemical cautery
17- Critically reading scientific papers
18- Demonstrate the proper use of inhalers and nebulizers and spacers
19- Demonstrate the use of peak-flowmeter
20- Draw family tree and genogram
21- Examination of the CNS
22- Examine children in different ages and doing a routine checkup in WBC

23- Family planning counseling
24- General Examination including female breast examination
25- General eye examination
26- Initiate vascular access and Give IV fluids & different solutions
27- Give local anesthesia.
28- Immobilize fractures
29- Incise and drain abscesses
30- Insert and remove IUD
31- Insert Foley's catheter
32- Insert NGT
33- Interpret Growth chart
34- Interpret x-rays
35- Manage burns (degree 1 and 2)
36- Manage sprains and strains
37- blood pressure measurement
38- Perform Weber & Rinne test
39- Perform cervical smear
40- Perform direct ophthalmoscopy
41- Perform Leopold maneuvers
42- Perform otoscopy / rhinoscopy
43- Perform proper bone & joints exam.
44- Perform the Heimlich maneuver
45- Perform vaginal Exam and vaginal swab
46- Physical examination for congenital hip dislocation

47- Rational prescription

48- Record and interpret ECG

49- Reduce common dislocations

50- Remove different foreign bodies

51- Remove ear wax ENT،

52- Take throat swab and culture specimen

53- Transport the traumatic patient safely.

54- Treat skin warts

55- Write proper referral letters

ويبقـى جانـب آخـر مهـم، وهـو أن يمـارس طبيـب الرعايـة الصحية الأوليـة دوره كقائـد للفريق الصحـي ومعلم لبقيـة أفراد الفريـق الصحـي العامـل معـه فـي المركـز. ولنتذكـر أن كلمـة دكتور في أصلها اللاتيني معناها «معلم».

التثقيف الصحي

التثقيف الصحي.. ذلك هو السهل الممتنع

سهل إذا ما أردنا به مجرد نشر المعلومات الصحية.

وممتنـع أو إن شـئت القـول صعـب إذا تحدثنـا عـن دوره في تغيير السلوك. ولأعطِ مثلاً لما أعنيه.

كنـت أجري دراسـة عن البلهارسـيا فـي إحدى القـرى. أجمع قواقـع البلهارسـيا مـن مجـرى مـاء فـي واد وأضعهـا فـي أنبوبـة

اختبـار ليتـم فحصهـا فيمـا بعـد معمليًّـا. عـرض علـيَّ سـائقي المسـاعدة فرحبت بهـا، وأعطيتـه ملقطـاً وأنبوبـة اختبـار ليجمع فيهـا القواقـع، وحذرته مـن أن يمس المـاء يـده فقد يكـون ملوثاً بيرقـات البلهارسـيا. راح السـائق يجمـع القواقـع بهمـة ونشـاط وهـو فـي غايـة الحـذر مـن أن يمـس المـاء يـده. حتـى إذا أذن المـؤذن للصـلاة شـمر عـن يديـه وسـاقيه وخـاض فـي المـاء ليتوضـأ! المعلومـة التي أعطيتها للسـائق لـم تتحول إلى سـلوك. وهذا شأن أغلب برامج التثقيف التي تمارس في مجتمعاتنا.

واحدة مـن أحـدث كليـات الطب التـي أنشـئت في أسـتراليا أسـموها كلية الصحـة والحيـاة (Health and Life). هـدف الكلية إعـداد أطبـاء مهمتهم الوقايـة والتطويـر والعلاج، وليـس العلاج فقـط كمـا يحـدث فـي كثيـر مـن كليـات الطـب. لمـاذا الصحة والحيـاة؟ لسـبب بسـيط ذلـك أن نحـواً مـن ٧٠٪ مـن أسـباب الأمـراض تكمـن إما في السـلوك الإنسـاني أو فـي عوامـل البيئة التـي تحيط بـه. وإذا نظرنـا إلى عوامـل البيئة نجـد أن كثيـراً منها من صنع الإنسان أي أن لها علاقة وثيقة بالسلوك الإنساني.

دعونـا نتصـور فـي المقابـل أننـا اسـتطعنا بالجهـد والمـال والتخطيـط العلمـي السـليم أن نرتفـع ببرامـج التثقيـف الصحي مـن مجـرد برامـج تعطـي المعلومـة الصحية إلـى برامـج تهدف إلـى تغيير السـلوك. ألا تتفقـون معي أننا سـوف نسـهم بذلك في

الارتفاع بمستوى الصحة، وخفض معدلات الوفيات والأمراض والإصابات؟

نشرت صحيفة التايمز خبراً مفاده أن وباء الإيدز انتشر في مناطق ريفية في جنوب الصين حتى إن نسبة الإصابة به تعدت ٥٠٪ من السكان. أي أعلى من نسبة الإصابة بالمرض في أفريقيا حيث وصل معدل الإصابة بالمرض إلى ٣٠٪ من السكان في بعض المدن. طرق الإصابة بالمرض متعددة من بينها الاتصال الجنسي وتعاطي المخدرات بواسطة حقن ملوثة، ونقل الدم. يجمع بينها شيء واحد هو جهل الناس بأسباب المرض ودواعيه ووسائل انتشاره.

بيت القصيد في حديثي هذا هو أن القاعدة الذهبية لرفع المستوى الصحي بين الأفراد والمجتمعات هي نشر التثقيف الصحي أو التربية الصحية بينهم، وأعني بالتربية الصحية تلك التي تتعدى إعطاء المعلومة إلى تغيير السلوك. أعود فأهمس للمسؤولين عن شؤون الصحة والاقتصاد والتخطيط في الدول العربية بأنهم لو خصصوا جزءاً يسيراً من ميزانية الصحة لتخطيط وتنفيذ برامج التثقيف الصحي بأسلوب علمي يهدف إلى تغيير السلوك إلى سلوك صحي أفضل لكان ذلك قميناً بأن يؤدي بنا إلى صحة أفضل، وتكلفة أقل للرعاية الصحية، ومستوى اقتصادي أعلى للفرد والأمة.



القاعدة في العلاج الطبي هي علاج المريض وليس علاج المرض. فعلاج المرض يعني التركيز على عضو أو أكثر في الجسم ، أما علاج المريض فيعني الإهتمام به ككل . التثقيف الصحي للمريض جزء لا يتجزأ من عمل الطبيب.

أهداف التثقيف الصحي:

لا يختلـف اثنـان علـى أن الصحـة مـن أهـم أولويـات الفـرد والمجتمـع، فـكل مسـعى فـي الحيـاة كالاقتصـاد، والتجـارة، والصناعـة، وجميـع أنمـاط العمـل والإنتـاج لهـا صلـة وثيقـة بالصحـة. وكمـا أن الصحـة حق فهي واجـب، إذ مـن واجب كل فـرد أن يحافظ علـى صحتـه وصحـة المجتمع مـن حولـه بكافة الوسائل المتاحة له.

المعرفة الصحية ضرورية، ولكنها لا تكفي وحدها لتحقيق أهداف التثقيف الصحي، إلا أن يصاحبها تطبيق عملي يحمل معه اتجاهات صحية في الحياة.

لنأخذ مثالًا لأهمية التطبيق العملي للثقافة الصحية. دعونا نتصور زائرة صحية تقوم بزيارة الأمهات في البيوت لتوعيتهن بأهمية متابعة صحة أطفالهن بما في ذلك ملاحظة التغيُّر المستمر في وزن الطفل. على الزائرة أن تتجاوز مرحلة الإرشاد والتوجيه إلى الممارسة العملية، عليها أن تحضر معها ميزاناً للأطفال وإلى جانبها تقف أم فخورٌ بمتابعة وزن طفلها. بل وتقوم بوزنه بنفسها، كما تهتم بتسجيل هذا الوزن في السجل الخاص به، وتحاول أن تفهم معنى منحى النمو الخاص بطفلها.

من هو المثقف الصحي:

جميع أفراد الفريق الصحي بمن فيهم الممرض والممرضة والمراقب الصحي والزائرة الصحية يمكن تهيئتهم بشيء من التدريب ليقوموا بالتثقيف الصحي في المجتمع. ولا يقتصر تقديم التثقيف الصحي على أفراد الفريق الصحي إذ إن هناك آخرين من أفراد المجتمع يمكنهم المشاركة بنجاح في عملية التثقيف الصحي بعد شيء من التدريب.

مـن هـؤلاء معلمـو ومعلمـات المـدارس. حتـى تلاميـذ المـدارس يمكن أن يكـون لهم دور فـي التثقيف الصحـي. إذا ما دربـوا علـى ذلـك بمـا يمكـن أن ينقلـوه مـن معلومـة صحيـة لأسرهم ومجتمعهم.

وهناك أئمـة المسـاجد ممـن يحظـون باحتـرام وتقديـر أفراد المجتمـع، ويؤثـرون عليهـم مـن خـلال خطـب الجمعـة ووجودهـم فـي المناسـبات العامـة كالأفـراح والعـزاء. أئمـة المسـاجد بإمكانهم توجيـه بعض الرسـائل الصحيـة، ومما يذكر أنـه فـي بعـض القـرى أثنـاء حمـلات التطعيـم لمكافحـة مرض شـلل الأطفـال كانـت منابـر الجمعـة إحـدى الوسـائل المؤثـرة التي أدت إلى ارتفاع معدلات التطعيم.

عوامل نجاح التثقيف الصحي:

هنـاك عـدد مـن العوامـل التـي ينبغـي أن يحـرص المثقـف الصحـي علـى توافرهـا ومراعاتهـا لإنجـاح عمليـات التثقيـف الصحي. يأتي على رأسها:

- **معرفة خصائص المجتمع والمشكلات الصحية فيه:**

يحتـاج المثقـف الصحـي الناجح إلـى معرفـة خصائص المجتمـع مـن حولـه ومشـكلاته الصحيـة وأولوياتهـا، لكـي يتمكن من وضـع خططه بأهـداف واضحـة محددة ومرتبطة بحاجات المجتمع وثقافته.

من أسباب النجاح في التثقيف الصحي اختيار المادة الملائمة للتثقيف، واستعمال اللغة البسيطة التي يفهمها الجميع، وأن تكون الرسالة الصحية متلائمة مع المناخ النفسي والاجتماعي للمجتمع.

على المثقف الصحي أن يراعي تباين المجتمعات وما يفرضه هذا التباين من استعمال طرق مختلفة، فمجتمع المدينة ليس كمجتمع القرية من حيث حاجاته أو مشكلاته الصحية.

- **استقطاب قادة المجتمع:**

المقصود بقادة المجتمع أو أصحاب الرأي فيه أولئك الذين يحترمهم الناس ويستجيبون لهم ويقبلون نصحهم، ويرجع احترام الناس لهؤلاء القادة إلى خصائص فيهم مثل القدرة على التعامل مع الناس والبراعة في مجال العمل والخبرة والشهرة. منهم إمام المسجد، والشيخ، وعمدة القرية أو المدينة.

عند اتصالنا بأصحاب الرأي يجب ألا نبدأ بعرض آرائنا ومقترحاتنا عليهم بادئ ذي بدء. بل علينا أن نستمع إليهم ونتعرف على أفكارهم فيما يمكن أن يرتفع بمستوى صحة المجتمع، ثم بعد ذلك ندعوهم بلطف إلى تأييد أو تبني أفكارنا وبرامجنا من أجل

تحسين الصحة . علينا أن نتعامل معهم بما يستحقونه من احترام، فإذا لمسوا هذا الاحترام منا سيتجاوبون مع أفكارنا وبرامجنا، وربما طرحوا اقتراحات بناءة من قبلهم.

- **إشراك الهيئات والجمعيات المحلية والأندية:**

هناك دور هام للهيئات والجمعيات المحلية والأندية في عملية التثقيف الصحي. علينا إثارة اهتمام العاملين فيها بعقد الاجتماعات معهم، وألا نفرض آراءنا أو نلح عليها حتى لا يتشككوا في نوايانا ولكي يقبلوا على التعاون معنا بروح عالية نشطة، كما يجب علينا توضيح الأنشطة التي نتوقع منهم القيام بها، وإذا احتاج بعضهم للتدريب قمنا به، ويجب ألا يتجاوز دورنا دور المستشار أو المعاون وليس دور الذي يصدر الأوامر والتعليمات. علينا أن نتذكر دائماً أن هدفنا هو مساعدة الناس على مساعدة أنفسهم.

في حالة وجود هيئات قائمة كالأندية والجمعيات فليس هناك حاجة إلى بناء مؤسسات أو هياكل جديدة. ما علينا إلا الدخول معهم في شراكات هادفة. أما إذا كان المطلوب تكوين هيئة جديدة كلجنة أصدقاء الصحة مثلاً، فلا بد من المساعدة في تكوين

الهيكل الإداري للجنة من غير تدخل مباشر أو فرض رأي، فقط تكون مهمتنا توضيح الحاجة إلى أنشطة ومشروعات صحية وإلى إشراك الناس فيها.

من الأنشطة التي يمكن أن تقوم بها لجنة أصدقاء الصحة، جمع المعلومات عن صحة المجتمع، والتعرف على المشكلات الصحية وأسبابها مع اقتراح الحلول والتخطيط لهذه الحلول، ثم مناقشتها مع المعنيين بالأمر من العاملين في مجال الصحة لتحديد الأولويات ووضع الأهداف والتعرف على الموارد، ومن ثم استنفار المجتمع لتحقيق الأهداف.

مهما بذلنا من جهد لتفعيل مشاركة الناس أو الهيئات في أنشطة التثقيف الصحي، فقد لا ننجح في كل الأحوال إما لأن الدعوة وجهت إلى الشخص المعني متأخرة، أو أن مشاركته في نشاط سابق لم تحظ بالتقدير المناسب، أو لعدم موافقته على بعض بنود الخطة أو أن ظروفه لا تمكنه من المشاركة.

من الواضح مما سبق أن نجاح التثقيف الصحي يعتمد على إتقان المثقف الصحي لمادته العلمية، ولمهارات التواصل، والاستفادة من الموارد المالية والبشرية المتاحة.

بعض أنماط التثقيف الصحي:

التثقيـف الصحي له أنمـاط متعددة: مـن بينها التثقيـف الصحي العام، والتثقيـف الصحي المدرسـي، والتثقيف الصحـي الغذائي، والتثقيـف الصحي داخـل المنـزل، والتثقيـف الصحي فـي مكان العمـل. جميعهـا تهـدف إلى شـيء واحد وهو مسـاعدة الإنسـان علـى زيـادة معرفتـه بأسـباب الصحـة والمـرض والعوامـل التـي تـؤدي إليهمـا، وكيـف ينتهج فـي الحيـاة نهجـاً يسـاعده على أن يعيـش حيـاة صحيـة. سـنكتفي هنـا بالحديـث عـن بعـض هـذه الأنماط، ونترك بقيتها لاجتهاد المثقف الصحي.

- **التثقيف الصحي العام:**

التثقيف الصحي العام هو التثقيف الموجه للمجتمع كله، بكل قطاعاته، نضرب مثلاً له بما يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام التي تصل إلى أغلب أفراد المجتمع. في التثقيف الصحي العام على المثقف الصحي معرفة خصائص المجتمع الذي يتعامل معه، والإلمام بالمشكلات الصحية القائمة فيه، وأولويات هذه المشكلات، مما يساعده على وضع خطة التثقيف الصحي.

يدخـل فـي بـاب التثقيـف الصحـي العـام الرسـائل الصحيـة الموجهة لـكل فئـات المجتمع، وقـد توجه في بعـض الأحيـان لفئـات معينـة كالأمهـات أو الأطفـال أو

العمال والزّراع والصّناع وأصحاب المهن الأخرى، كما قد توجه لذوي الاحتياجات الخاصة.

طبيعة التثقيف الصحي العام تستوجب الشمولية في توجيه رسائل التثقيف الصحي حسب الأولويات الصحية، مع حسن اختيار المادة الملائمة والتي يفهمها الناس، فليس من الحكمة مثلاً عرض أفلام صحية أجنبية إلا إذا كانت تصاحبها ترجمة فورية أو تعليق محلي لما يعرضه الفيلم.

ويدخل في باب التثقيف الصحي العام الاتصال المباشر بالمجتمع باستخدام طرق ووسائل شتى مثل المهرجانات الصحية والعروض الإيضاحية والملصقات والشرائط المسجلة والمعارض... إلخ. وهنا لا بد من انتقاء الوسائل المناسبة للمجتمع، فالمجتمع القروي يحتاج لأساليب تختلف عن تلك التي تناسب مجتمع المدينة.

- **التثقيف الصحي المنزلي:**

المنزل مكان مثالي للتثقيف الصحي لأن أصحاب البيت، صغاراً وكباراً يشعرون بالطمأنينة والأمن والراحة في بيوتهم، كما أن بعضهم لا يحبون الذهاب إلى المستشفى أو المركز الصحي مثل كبار السن. كما يوفر البيت الظروف المناسبة للتوعية الصحية الهادفة حيث يمكن ربط رسالة التثقيف الصحي بمستوى

الأسرة الاجتماعي والاقتصادي. خصوصاً عندما يكون موضوع التثقيف يدور حول الغذاء والمسائل المعيشية الأخرى.



كثير من حوادث المنزل التي تنتهي بمآس مثل الحروق يمكن الوقاية منها بإشاعة المعرفة بأسباب الحوادث بين أفراد الأسرة.

كما يوفر البيت للمثقف الصحي فرصة الاطلاع على أحواله بما في ذلك حجم الأسرة، ووضعها الاقتصادي، ومستوى تعليم أفرادها، والعوامل الإيجابية والسلبية التي قد تؤثر على صحة أفراد الأسرة خاصة الأطفال والمرضى بأمراض مزمنة، كالمرض السكري وضغط الدم والمعاقين والحوامل.

ينجح النساء أكثر من الرجال عادة، في تقديم التوعية الصحية في المنزل وبخاصة للإناث، وهي مهمة يمكن أن يقوم بها - بعد شيء من التدريب - جميع أفراد الفريق الصحي مثل الممرضات والقابلات وخريجات المعاهد الصحية وأخصائيات التغذية والمشرفات الاجتماعيات.

- **التثقيف الصحي في موقع العمل:**

لكل مهنة أخطارها وتزداد الأخطار تبعاً لطبيعة العمل والمهام التي يقوم بها العاملون فيها. فعلى سبيل المثال ثمة أخطار يتعرض لها العمال الذين يعملون على ارتفاعات عالية، وأخطار يتعرض لها عمال اللحام بالكهرباء الذين قد تتعرض أعينهم للإصابات إذا لم تتخذ التدابير اللازمة لوقايتهم. وعمال محالج القطن قد يصابون ببعض الأمراض الصدرية نتيجة

تعرضهم لألياف القطن، وعمال البناء قد يصابون بمشكلات جلدية لاحتكاكهم بالإسمنت وغيره من مواد البناء. الحديث نفسه يقال عن عمال المناجم ومحطات الكهرباء والمزارعين وغيرهم من أصحاب المهن. جميعهم معرضون لأخطار المهنة إذا لم تتخذ التدابير اللازمة لحمايتهم من هذه الأخطار.

للتثقيف الصحي دور كبير في درء كثير من مخاطر العمل لأنه يهيئ العامل أو المهني لكي يتفادى أسباب المشكلات الصحية، ليس ذلك فحسب وإنما يسهم في جعل بيئة العمل بيئة صحية. وكما هو الأمر في مجالات التثقيف الصحي الأخرى يجب مراعاة بعض الاعتبارات الأساسية. منها ضرورة التعرف على مكان العمل بما في ذلك عدد العاملين فيه، ونوعية أعمالهم، والأخطار التي يمكن أن تلحق بهم، وأسبابها البيئية والسلوكية.

- **دور التثقيف الصحي في التقليل من تكاليف الرعاية الصحية:**

الرعاية الصحية في العالم العربي تواجهها تحديات عدة يأتي على رأسها الارتفاع المستمر في تكاليفها، والزيادة المطردة في أعداد السكان، والتغيرات

المستمرة في خريطة الأمراض. من أجل مواجهة هذه التحديات لا بد من اتخاذ عدة إجراءات أولها تطوير برامج التثقيف الصحي، بحيث لا نكتفي فيها بتغيير المعلومات فقط، وإنما نسعى إلى تغيير السلوك إلى الأفضل.

نحتاج في هذه الحالة إلى إمكانات مالية وبشرية مدربة، وإلى تخطيط علمي سليم، وإلى تنسيق بين المؤسسات الحكومية والأهلية في قطاعات الصحة والتعليم والتخطيط والشؤون البلدية والقروية. علينا لكي ننجح أن ننظر إلى التثقيف الصحي على أنه استثمار في الصحة لا يكاد يعادله استثمار آخر.

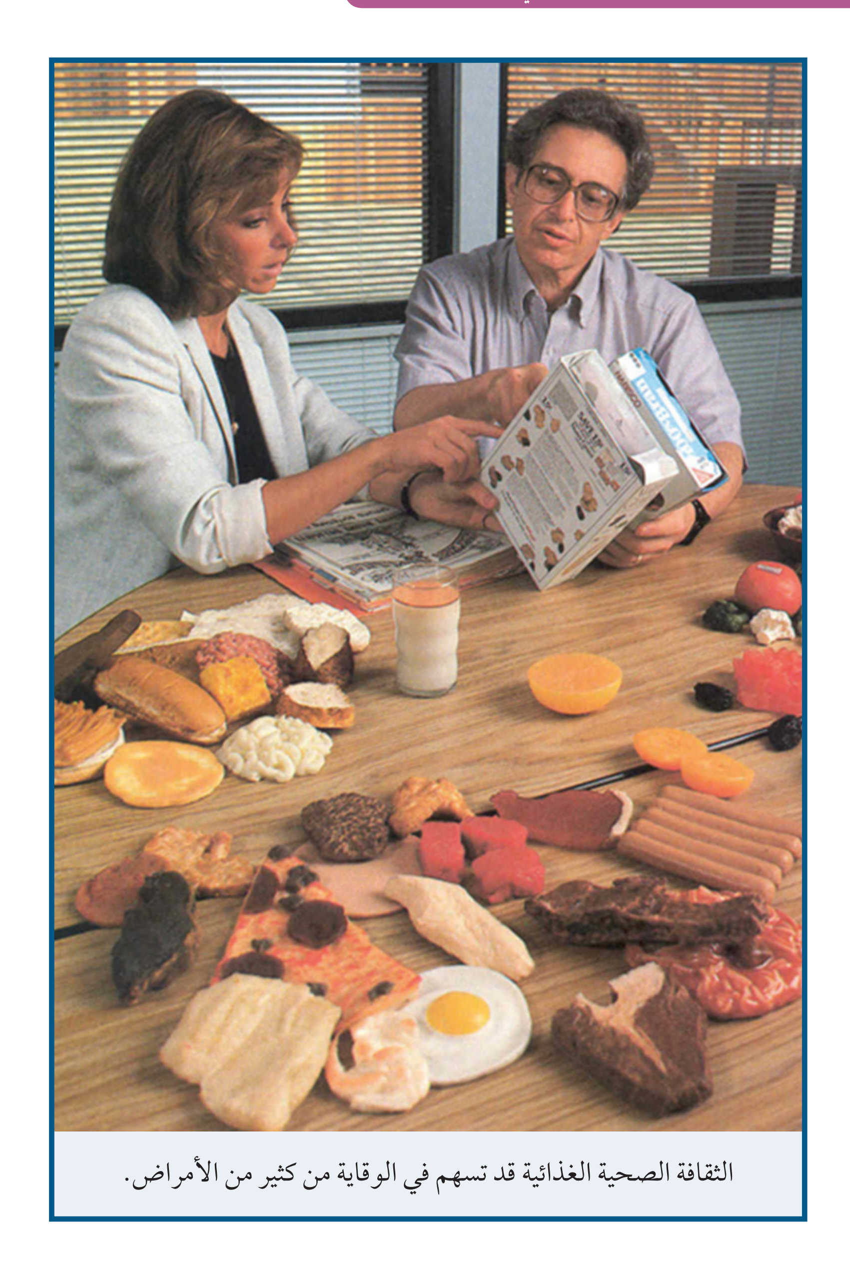
علينا أن نركز في برامج التثقيف الصحي على السنوات الأولى من حياة الطفل في البيت والمدرسة. كما أن علينا البدء بالأمهات في المنازل والمعلمين والمعلمات في المدارس فنهيئهم لكي يغرسوا المفاهيم الصحية السليمة في الأطفال.

الإجراء الثاني.. هو تهيئة أفراد المجتمع ليشاركوا بفعالية في تخطيط وتنفيذ وتقييم الخدمات الصحية. أضرب مثلاً لذلك من دول اسكندنافيا حيث يشارك بعض أفراد المجتمع في كل حي من أحياء المدينة وفي كل قرية منها في تخطيط وتنفيذ الخدمات الصحية. هذه المشاركة تضعهم أمام المسؤولية.

في بلادنا نحتاج إلى تفعيل دور جمعيات أصدقاء المرضى، وربما إعادة تسميتها لتصبح جمعيات أصدقاء الصحة، على أن توضع على عواتقها مسؤولية المشاركة في صياغة القرار الصحي. وهذا يستدعي بالضرورة تهيئة أعضاء هذه الجمعيات للدور المطلوب منهم أداؤه.

ثالث هذه الإجراءات.. إعطاء مديريات الشؤون الصحية صلاحيات مالية وإدارية واسعة تسمح لهم بالحركة والتصرف بدون الرجوع إلى الإدارة العليا إلا للضرورة. يومها سوف تتفرغ الوزارة للتخطيط والتنسيق والمتابعة والتقييم. الأمر الذي يضع كل مديرية شؤون صحية أمام مسؤوليتها في رفع المستوى الصحي في منطقتها، في حدود الإطار العام الذي تضعه الوزارة والميزانية المحددة لها.

رابع هذه الإجراءات.. الدعوة إلى إنشاء صندوق عربي للتثقيف الصحي. فتكلفة الخدمات الصحية في ارتفاع مستمر في العالم العربي. ولهذا أكثر من سبب. أولها ارتفاع مستوى الصحة وما يتبعه من زيادة سنوات العمر وتضاعف عدد المسنين، ومن البدهي أن تكلفة الرعاية الصحية للمسنين أضعاف تكلفتها في سن الشباب. أضف إلى ذلك تكاليف التقنية الحديثة. فكل يوم تشرق فيه الشمس يظهر جديد في وسائل التشخيص والعلاج.



الثقافة الصحية الغذائية قد تسهم في الوقاية من كثير من الأمراض.

باختصار: مشكلة الارتفاع المطرد في تكلفة الخدمات الصحية أصبحت تؤرق بال المسؤولين في كثير من الدول. وهناك اتجاه عالمي تسانده وتؤيده منظمة الصحة العالمية ألا وهو التركيز على الطب الوقائي كأحد الحلول الجذرية لمكافحة ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية. فالوقاية من مرض ما أرخص وأجدى من انتظار حدوثه ومحاولة تشخيصه وعلاجه. ومن أفضل سبل الوقاية توعية الناس بمسؤولياتهم حيال صحتهم وتوعيتهم بأسلوب الحياة السليم، الذي يتمثل في الغذاء المعتدل وممارسة الرياضة وعدم التدخين والسياقة الدفاعية والحفاظ على صحة البيئة والاعتدال في كل شيء.

يصرف من هذا الصندوق على تدريب العاملين الصحيين من أطباء وفنيين ومساعدين صحيين وممرضين وممرضات. يدربون على أهداف ووسائل وطرق التثقيف الصحي التي تؤدي إلى تغيير السلوك إلى الأفضل.

مرة أخرى التثقيف الصحي إذا ما أحسن تخطيطه وتنفيذه استثمار جيد يوفر للمجتمع مستوى أفضل من الصحة، ونفقات أقل في العلاج، وقدرة أفضل على الإنتاج.

صحة البيئة

قبل بضعة عقود لم نكن نتحدث عن مشكلة التلوث البيئي في بلادنا لأنها لم تكن موجودة، أو لم تكن قد كشرت عن أنيابها بعد. واليوم نجدنا نتحدث عنها فنكثر الحديث، وننبه إلى أن المستقبل ينذر بتضخم المشكلة إن لم نبادر بوضع حلول وقائية وعلاجية لها وبخاصة في المدن الرئيسة وإن لم تقتصر عليها. فمن يذهب منا إلى القرى يجد أكياس البلاستيك عالقة بالمباني والأشجار حول القرية وفي داخلها. ومن يتمشى على الشواطئ يجدها لا تخلو من النفايات وبقايا الطعام وأكياس البلاستيك بالرغم من توافر سلال المهملات.

تحدثنا الإحصائيات عن ارتفاع معدلات غازات أول وثاني أكسيد الكربون وثاني أكسيد الكبريت وأكسيد النيتروجين في المدن الرئيسة إلى مستويات أعلى من المستويات المقبولة صحيّاً، وعن تلوث السواحل والمناطق الترفيهية بمياه الصرف الصحي. وتقدر كمية النفايات المنزلية في المملكة بأكثر من عشرة ملايين طن سنويّاً كثير منها يدفن أو يحرق بأسلوب غير صحي، دعك من المصانع التي تنشأ في أماكن سكنية، تنفث أبخرتها وغازاتها في الهواء وتصرف نفاياتها في البيئة المحيطة. حاجتنا ليست إلى زيادة

القوانيـن والأنظمـة بقـدر مـا هـي إلـى تنفيـذ القوانيـن والنظـم الموجـودة. وأدلـل علـى ذلـك بالدعـوة إلـى فـرض عقوبـات ماليـة على الذيـن يلوثـون السـواحل والحدائق والأماكـن العامة بالنفايـات والقمائـم. لقـد حدثنـي أكثر مـن مسئول بـأن النظام يفـرض مثـل هـذه العقوبـات. والسـؤال لمـاذا لا نراهـا تنفـذ؟ قضية تلـوث البيئة قضيـة تمـس صحتنا وصحـة أبنائنـا وأحفادنا فأرجو أن نعطيها حقها من الاهتمام.



أمراض عديدة تنتج عن تلوث البيئة. ترى هل يبقى الفريق الصحي بقيادة الطبيب بين جدران مركز الرعاية الصحية الأولية يعالجون المرضى فقط أم يتعدى دورهم إلى التصدي للمشكلة من جذورها.

المشكلات البيئية التي نواجهها في بلادنا ويواجهها معنا كوكبنا الأرضي اليوم سوف تزداد في مقتبل الأيام، نذكر طرفاً منها:

- استنزاف مصادر المياه. وهناك من يعتقد أن الحروب المستقبلية ستدور رحاها أكثر ما تدور حول المياه.



لعل من أهم أولويات مركز الرعاية الصحية التأكد من توفر المياه الصالحة للشرب في المجتمع.

- الزيادة المتوقعة في درجة حرارة الأرض، مما يهدد بذوبان الثلوج في القطبين الشمالي والجنوبي إلى الحد الذي قد ينذر بإغراق بعض المدن الساحلية وبخاصة في العالم الثالث.
- تلوث الهواء بمخلفات المصانع والسيارات من أبخرة وغازات وما يتمخض عنها من أمراض.
- التصحر وما يؤدي إليه من تغيير في توازن الحياة النباتية والحيوانية، وهجرات السكان، وانكماش التربة الصالحة للزراعة.

هذا قليل من كثير. ونحن في عالمنا العربي لسنا بعيدين عن هذه المتغيرات البيئية، فالحدود الجغرافية بين الدول لا تحول دون انتقال التلوث البيئي، وكأمثلة على ذلك نذكر أن حادثة المفاعل الذري في تشيرنوبل بالاتحاد السوفييتي تعدت آثارها إلى دول أخرى. والمطر الحمضي الذي تنتجه المصانع الكبرى في شرق أوروبا تتبدى آثاره في الأنهار الميتة في شمالها وغربها، والسحابة الداكنة التي نتجت عن إحراق آبار البترول إثر غزو الكويت افترشت سماء شرق آسيا.

ندرك الجهود التي تبذلها الدوائر الحكومية لإصحاح البيئة، ونحتاج إلى المزيد من هذه الجهود، على أن تدعمها

جهود الأفراد والتزامهم بالحفاظ على سلامة البيئة. لا يكفي لتحقيق ذلك برامج التوعية مع أهميتها، وإنما يجب أن يواكبها قوانين صارمة تطبق عل كل من يلوث البيئة.

أكتب وفي ذهني القذى الذي نراه أحياناً على شواطئنا وفي متنزهاتنا وحدائقنا. بعضنا لا يتورع عن ترك بقايا طعامه وشرابه في مجلسه ويقوم عنه بدون أن يكلف نفسه إيداعها في صندوق القمائم على بُعد أشبار منه. وأخيراً وليس آخراً فإن الله ليزع بالسلطان ما لا يزع بالقرآن.



أسباب الأمراض تكمن في أكثر الأحيان في البيئة خارج جدران المركز الصحي والمستشفى.

عقد مؤخراً مؤتمر دولي في أمستردام بهولندا شارك فيه مختصون في علوم البيئة، يبحثون التحديات التي سوف يواجهها العالم في السنوات القادمة نتيجة التغيرات البيئية. مما ذكر:

- الآثار التي تتركها التغيرات المناخية عبر مئات الآلاف من السنين تسجل بقدرة من الخالق المدبر على طبقات الجليد (إنا كل شيء خلقناه بقدر). هذا السجل الحي يشهد بأنه على مدى نصف مليون سنة مضت كانت التغيرات البيئية والمناخية طفيفة، إلى أن جاءت الثورة الصناعية فارتفع معها معدل تلوث الهواء ارتفاعاً مفاجئاً نتيجة لما تفرزه المصانع وعوادم السيارات من غازات على رأسها ثاني أكسيد الكربون والميثان وأكسيد الكبريت. وارتفع معدل تلوث مياه البحار والأنهار بالتسربات النفطية والأمطار الحمضية.

- في الخمسين سنة الأخيرة تنبه العلماء لمخاطر تلوث البيئة وفساد الهواء وتأثيرها على صحة الإنسان وبخاصة في المدن الصناعية فدقوا أجراس الخطر، وبدأت الأقمار الصناعية ترصد، والمؤتمرات العالمية تعقد، والبحوث العلمية تنشر. وشهد شاهد من

أهلها.. قامت مجموعة من العلماء الغربيين في مؤتمر أمستردام يعلنون على الملأ أن الخطر البيئي القادم لن يكون موزعاً توزيعاً عادلاً بين البشر.

فالدول النامية في آسيا وأفريقيا سوف تعاني منه أكثر مما ستعاني الدول الغنية. فالدول الغنية ستكون أقدر على درء الخطر بما تملكه من موارد، ونتيجة للوعي الذي يسود بين الناس، وللمستوى الاجتماعي والاقتصادي الذي يتمتعون به. وهي مقومات تفتقدها أكثر دول العالم النامي. وبالرغم من أن السبب الرئيس وراء الاختلال البيئي هو الغازات التي تفرزها المصانع في الدول الصناعية الكبرى إلا أن الضرر سوف ينعكس على طبقات الهواء التي تحيط بالكرة الأرضية، والتأثر السلبي ستعاني منه أكثر ما تعاني الدول النامية والفقيرة.

- الخطر القادم متعدد الأوجه والأبعاد، إذ يقدر العلماء أن أراضيَ منخفضة ستغرقها المياه الناتجة عن ذوبان الجليد نتيجة لارتفاع درجة حرارة الأرض، وسوف يكون هناك ارتفاع متوقع في معدلات الأمراض المتنقلة خاصة تلك التي تنقلها الحشرات، وسيواجه العالم فيضانات من جهة وجفافاً وتصحراً من جهة

أخرى ومجاعات متوقعة لنقص في الإنتاج والتوزيع الغذائي.

هلا تنبهنا، خاصة وأن المشكلات البيئية مثلها مثل الرياح لا تعترف بالحدود بين الدول.

التنمية في بلادنا.. وتأثيرها في البيئة:

المؤتمر الذي عقدته وزارة الشؤون البلدية والقروية في مدينة الرياض، عن التنمية وتأثيرها على البيئة، كان ظاهرة حضارية لأكثر من سبب.

- من هذه الأسباب أن لغة المؤتمر كانت اللغة العربية، وأن الشباب السعودي الذي شارك في فعاليات المؤتمر من محاضرات ومناقشات يبشر بمستقبل واعد لبلادنا.

- قبل ربع قرن مضى، كانت هناك قلة لا تكاد تذكر بين شبابنا ممن تؤهلهم درجاتهم العلمية لأن يشاركوا في مثل هذه المؤتمرات العلمية.. ناهيك عن أن يرأسوا جلساتها ويديروا ندواتها. وإلى ما قبل سنوات قليلة مضت، ما كان لمثل هذا المؤتمر أن يعقد باللغة العربية.

- طرح في المؤتمر العديد من القضايا التي تتصل بصحة البيئة.. بما في ذلك التنمية المستدامة، والتوازن البيئي. ومن أهم الموضوعات التي استأثرت باهتمام المشاركين موضوع الحفاظ على مصادر المياه، وترشيد استهلاكها وحمايتها من التلوث. ذلك أن شح المياه العذبة سيكون المشكلة الرئيسة التي ستواجه دول العالم في العقود القادمة.

- قضية أخرى استأثرت بالاهتمام وهي مشكلة تلوث الهواء.. خاصة مع الزيادة المطردة في استهلاك مصادر الطاقة، وعلى رأسها وقود السيارات، وما ينتج عنه من الغازات مثل ثاني أكسيد الكربون.

- أديرت حلقات نقاش حول إمكانية استثمار النفايات وإعادة تصنيعها حتى لا تصبح مصدراً للتلوث البيئي. وضرب لذلك مثلٌ الصناعة الورقية التي تعد الثالثة في العالم من حيث الحجم بعد صناعتي المواصلات والاتصالات.

- قيل فيما قيل إن المملكة تستهلك سنويّاً حوالي ٦٠٠ ألف طن من الورق، والتخلص من الطن الواحد من النفايات الورقية يكلف ٢٠ دولاراً.. في حين أن إعادة استخدامه تدر ربحاً لا يقل عن ٦٠٠ دولار للطن.

بالاضافة إلى الورق، هناك المواد البلاستيكية وعشرات من المواد الأخرى المستعملة والتي يمكن تدويرها وإعادة استخدامها.

من أبرز توصيات المؤتمر.. التوصية الخاصة بتوعية الجمهور، وفرض عقوبة رادعة على كل من يلوث البيئة. وفي اعتقادي أن الأخذ بهذه التوصية كفيل بحل الكثير من مشكلات تلوث البيئة.

حديث التنمية والبيئة يعود بي إلى الواقعة التي ذكرها والدي الأستاذ أحمد السباعي رحمه الله في كتابه (تاريخ مكة) والتي تعود إلى بداية القرن التاسع الهجري. يقول الوالد: «ومن غريب ما يرويه التاريخ في هذا العهد أن المكلف بأمر التنظيفات في مكة كان يمر في شوارعها وأزقتها فإذا وجد تحت بيت أحدهم شيئاً من القمامة دعا صاحب البيت وأمر بضربه على رجليه. فعل ذلك بعدة أشخاص، فأمسك الناس عن إلقاء القمامة في الطرق العامة».

لست من دعاة الضرب على الأقدام أو نصب الفلقة (الفلقة أداة للعقاب يعرفها حق المعرفة أبناء جيلي)، ولكني من دعاة التشدد في الحفاظ على نظافة البيئة. ولو أننا استعرضنا عشر مشاكل رئيسة ستواجه العالم في القرن الحادي والعشرين لأتى تلوث البيئة على رأسها. وأعني بالبيئة كل

ما يحيط بالإنسان ويؤثر فيه ويتفاعل معه من هواء وماء، وأرض وسماء، وحيوان، ونبات.



الليشمانيا الجلدية في وجه فتاة. المرض يترك خلفه ندبة دائمة، والوقاية منه خير من علاجه. ترتكز الوقاية منه في مكافحة ذبابة الرمل الحشرة الناقلة للمرض

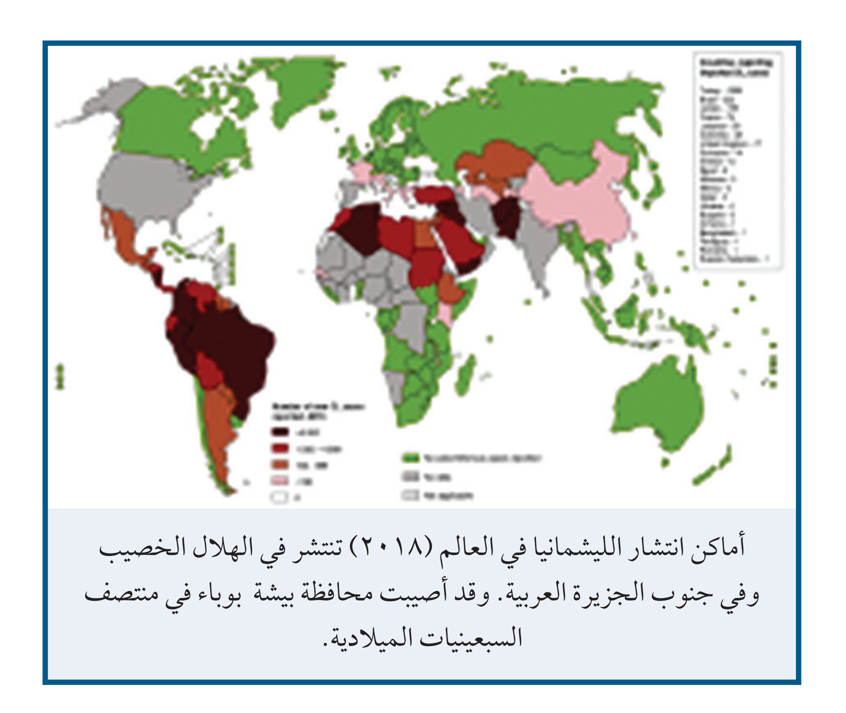
نستطيع في بلادنا أن نستأجر أكبر شركات التنظيف لتنظف لنا مدننا وقرانا ، ولكن الأولى أن نجتهد وسعنا في الحفاظ عليها وعلى نظافتها، ولذلك عدة وسائل. يأتي على رأسها في ما أرى الآتي:

١- تربية الإنسان منذ طفولته في البيت والشارع والمدرسة على مبدأ (النظافة من الإيمان). وهي لعمري طريقة مجدية، بيد أنها صعبة التحقيق وتحتاج إلى استراتيجية بعيدة المدى، تشتمل على تطوير نظم التعليم، ومقومات الثقافة، وإعادة النظر في كثير من اتجاهاتنا الفكرية والثقافية.

٢- تطبيق نظام العقوبات على كل من يلوث البيئة.

زرت فيما زرت نيروبي في كينيا، وباربيدوس في أمريكا اللاتينية، ودبي في مجتمعنا العربي. وكلها بلدان نامية اقتصاديّاً، ولكنها تفرض أنظمة متشددة في نظافة البيئة وفي تطبيق عقوبات صارمة على من يلوثها، مما جعلها موضع إعجاب كل من زارها لنظافتها.

٣- اهتمام مراكز الرعاية الصحية الأولية بصحة البيئة وبمشاركة الأهالي أنفسهم. وهذا لن يتأتى إلا إذا كان من ضمن برامج الرعاية الصحية الأولية خروج الفريق الصحي ما بين وقت وآخر إلى المجتمع لدراسة أوضاعه الصحية ومؤثراتها البيئية وإيجاد الحلول لأسباب المشكلات الصحية.



أماكن انتشار الليشمانيا في العالم (٢٠١٨) تنتشر في الهلال الخصيب وفي جنوب الجزيرة العربية. وقد أصيبت محافظة بيشة بوباء في منتصف السبعينيات الميلادية.

وهنا يحضرني ما كتبه الصديق المرحوم الدكتور عبد القادر طاش في جريدة «المدينة» في مقال يعلق فيه على تجربة اليابانيين في قيام طلبة المدارس بتنظيف مدارسهم. كم تمنيت أن ننحو هذا المنحى في مدارسنا الحكومية والخاصة على السواء. بحيث نستغني عن كثير من شركات التنظيف والصيانة في المدارس، على أن يقوم الطلبة أنفسهم بالنظافة والصيانة. بيد أننا لا يمكن أن نطالب التلاميذ بالتنظيف والصيانة، إذا لم يقم مدرسوهم بإعطائهم القدوة في ذلك!



التراخوما مرض يصيب العينين وقد يؤدى الى مضاعفات. أسبابه تكمن في البيئة من حول المريض. ومكافحته لا تتأتى إلا بخروج نشاطات المركز الصحي إلى خارج جدرانه.

تغيير الاتجاه والسلوك صعب، ولكنه ليس مستحيلاً. ولنا في الرسول الكريم قدوة حسنة.. كان يخصف نعله ويرقع ثوبه ويبني بيده الكريمة بيته ومسجده. ومن ثم غير بالقدوة الحسنة سلوك صحبه وأفراد مجتمعه.

اقرؤوا معي كتاب «قصة تجاربي مع الحقيقة» للمهاتما غاندي، وانظروا كيف بدأ بنفسه وزوجه في تنظيف المراحيض في المجمعات السكنية «الأشرم» التي ابتدع فكرتها قبل أن يطلب من الآخرين ذلك.

لي شخصيّاً بضع تجارب في هذا المضمار. منها أننا درجنا في كلية الطب بجامعة الملك سعود على تنظيم رحلات حقلية سنوية تستغرق كل منها نحو أسبوعين. نأخذ فيها طلبة السنوات النهائية في الكلية إلى مناطق ريفية لدراسة الأوضاع الصحية في المجتمع وتقديم بعض الخدمات الصحية.

كانت إحدى رحلاتنا إلى قرية «تمنية» في عسير، وهناك نفذنا برنامجاً لتنظيف القرية استغرق يوماً كاملاً.. أسهمت فيه البلدية بتزويدنا بأدوات التنظيف. وشارك في التنظيف وإزالة النفايات والمخلفات من أزقة القرية وحواريها، أساتذة وطلبة كلية الطب، ومعهم يداً بيد مدرسو وتلاميذ المدرسة في القرية. وما غربت شمس ذلك اليوم إلا والقرية تكاد تلمع من النظافة!

العبرة هنا، أننا قبل أن نطالب طلبة الطب وتلاميذ المدارس بحمل أدوات النظافة، ألزمنا أنفسنا أساتذة كلية الطب ومدرسي المدرسة بذلك. كان الجميع يعملون ببذل وبروح الجماعة، ويسعون معاً إلى هدف مشترك مستشعرين شرف العمل الذي يقومون به.

تجربة أخرى عشناها في تنظيف البيئة يوم أن قمنا برحلة حقلية لفترة أسبوعين إلى قرى خليص بالمنطقة الغربية. كنا خمسة من الأساتذة و٣٥ طالباً، وكان الهدف هو دراسة الأوضاع الصحية في المجتمع وتقديم بعض الخدمات الصحية.

سكنا في بيت مهجور يقوم وسط مزرعة. وكان علينا قبل أن نبدأ عملنا أن ننظف البيت بحجراته وساحاته ومراحيضه، وأن نجلب إليه الماء من بئر المزرعة. وأمضينا اليوم الأول نعمل معاً. الأساتذة والطلبة. في تنظيف مكان إقامتنا، والبيئة التي تحيط به، ولم تكن متعة هذا العمل لتقل عن متعة العمل الطبي.

تجربة أخرى أذكرها وأعتز بها، كنا نعقد دورة تدريبية للأطباء في بعض قرى بنجلاديش بتمويل من هيئة الإغاثة الإسلامية العالمية. شارك في الدورة التي استغرقت أسبوعاً ٤٠ من الأطباء البنجلاديشيين العاملين في الريف، وكان الهدف هو تدريبهم على الدور الذي يمكن أن يقوموا به لتطوير الصحة والحفاظ عليها في المجتمع الريفي، بما في ذلك تهيئة أفراد المجتمع للإسهام في نظافة البيئة. وخططنا لأن يقوم الأطباء أنفسهم بتنظيف البيئة ليكونوا قدوة للآخرين.



دودة الإسكارس تعيش في أمعاء الإنسان، ويسببها طفيلي ينتقل أساسًا عن طريق الخضار التي سمدت بفضلات المرضى.

أعلنا قبلها على أهالي القرية التي اخترناها للتجربة أننا سنقوم بتنظيف القرية.. ومن أراد منهم أن يشاركنا فليتفضل. بدأنا العمل في تنظيف القرية من الصباح الباكر وتجمع القوم حولنا في البداية يتفرجون ويعجبون للأطباء وهم يحملون القمامة في المقاطف. ثم ما لبث أفراد منهم أن شمروا عن سواعدهم وشاركونا، ثم تضاعف العدد وإذا بعشرات ينضمون إلينا. ومضى العمل بجدية

وحماس وتنظيم. وما هي إلا سويعات حتى أصبحت القرية نظيفة.!

كلنا يعرف كيف شارك الشعب الياباني رجالاً ونساءً، كباراً وصغاراً، في بعث اليابان بعد كبوتها في الحرب العالمية الثانية، بأن أزالوا الأنقاض، ورمموا المباني والمنشآت، وأصلحوا ما خربته الحرب. وكان عملاً جماعيّاً، تطوعيّاً، واصلوا فيه الليل بالنهار.

المشاركة في الخدمة العامة من فطرة الإنسان التي فطره الله عليها. كل ما تحتاجه هو البيئة الصالحة لتنمو وتثمر. ولست أجد بيئة أفضل من بيئة مركز الرعاية الصحية الأولية وبيئة المدرسة حيث يمكن للعاملين الصحيين والمدرسين والتلاميذ أن يشاركوا معاً في النظافة والصيانة، ويتعلموا أن العمل اليدوي شرف، والمشاركة الجماعية متعة، والاعتماد على النفس فضيلة.

رعايـة الأمومـة والطفولـة

مقدمـــة:

رعايـــة الأمومة والطفولـة واحـد من أهـم عناصـر الرعاية الصحيـــة الأوليـة. فالنساء والأطفـــال يكونـون معـاً نحـواً من ثلثـــي سكـــان المجتمـع، إلى جانب أن رعايـــة الأمومة والطفولـة متداخلـة مـع جميـع عناصـر الرعايـــة الصحيـة الأوليـة مثـل التثقيف الصحـــي، وبرامـج



ثبت علميًّا أن الجنين وهو بعد في رحم أمه يتأثر بالمؤثرات الخارجية مثل سلوك الأم وغذائها والبيئة التي تحيط بها .

التغذية، والمسوحات الصحية، وصحة البيئة. موطن الصعوبة في تناول برنامج رعاية الأمومة والطفولة بالتفصيل أن طريقة تقديمها تختلف من مجتمع لآخر تبعاً لثقافة المجتمع، وإمكاناته، وعاداته وتقاليده، وطبيعة المشكلات الصحية فيه. ولذا رأيت أن أكتفي في هذا الفصل باستعراض أهم عناصر برنامج رعاية الأمومة والطفولة تاركاً التفاصيل للمسؤولين عنها، أي العاملين في مركز الرعاية الصحية بكافة فئاتهم - تبعاً لاحتياجات المجتمع ومتطلباته وثقافته.



تتداخل المؤثرات البيئية والوراثية في تكوين الإنسان من المراحل الأولى في تكوينه كجنين. مهمة رعاية الأمومة والطفولة مساعدة الأم وطفلها على المرور بمراحل الحمل والولادة بسلام.

عناصر برنامج رعاية الأمومة والطفولة:



رعاية الأمومة والطفولة تبدأ مع بداية الحمل وتستمر الى حين دخول الطفل المدرسة. ثم يأتي دور الصحة المدرسية لتكمل المشوار في الحفاظ على صحة الطفل.

- **التطعيمات الواقية من الأمراض:** تشمل التطعيمات التي تعطى للأم في فترة من حياتها لوقايتها ووقاية جنينها من الأمراض مثل الطعم الواقي من الحصبة الألمانية، والأنفلونزا الموسمية، وغيرهما من التطعيمات التي يشملها نظام التطعيم في البلد المعني. كما تشمل مجموعة من التطعيمات لوقاية

الطفل من أمراض الطفولة مثل: شلل الأطفال، والحصبة، والحصبة الألمانية، والدفتريا، والسعال الديكي، والتيتانوس، والسل، والتهاب الكبد الفيروسي ب، والحمى الشوكية. أترك تفاصيل هذه التطعيمات وجرعاتها وأوقاتها إلى النظام الذي تصدره وزارة الصحة في كل بلد. كما يمكن الرجوع إلى موقع منظمة الصحة العالمية كموقع موثوق به لمعرفة المزيد عنها.



هل يقتصر دور الفريق الصحي على علاج المشاكل الصدرية لدى الأطفال، أم يعنى أيضا بأسبابها التي تكمن في البيئة؟

- **رعاية الأم قبل الحمل:**

صحة الطفل تبدأ قبل إخصاب بويضة الأم بزمن. فصحة الأم منذ صغرها إلى لحظة الإخصاب تكون عاملًا أساسيًا في صحة جنينها. فعلى سبيل المثال الأم المصابة بسوء التغذية قد تتعسر ولادة طفلها لضيق الحوض، أو يأتي طفلها مصابًا بأحد أمراض سوء التغذية. والأم المصابة بالأنيميا المنجلية قد يأتي أحد أطفالها حاملًا للمرض أو مصابًا به.

إلى جانب العناية بصحة المرأة بشكل عام، هناك فحوصات تجرى على المقبلين على الزواج تساعد على اكتشاف مشكلات صحية يمكن تلافيها أو علاجها مبكراً.

- **رعاية الأم الحامل:**

في فترة الحمل لا بد أن تخضع الأم لزيارات متعددة في المنزل أو في المركز الصحي لمتابعة الحمل. وهنا يستحسن أن تشارك الأم في كل جوانب العناية بها أثناء الحمل لتصبح مسؤولة عن نفسها. رعاية الأم الحامل تشمل العناية بالغذاء، والرياضة، والفحوصات الدورية، والامتناع عن المسكرات والتدخين، ومتابعة الوزن وضغط الدم والتحاليل المعملية.

- **رعاية الأم وطفلها أثناء الولادة وبعدها:**

بالإمكان تفادي كثير من المشكلات التي تحدث أثناء الولادة وبعدها بالعناية بالأم وطفلها سواء في البيت أو المركز الصحي. بما في ذلك التثقيف الصحي، وتشجيع الإرضاع الطبيعي، والإشراف على تغذية الأم، وتشجيعها على ممارسة الرياضة المعتدلة، وإعطاء التطعيمات الواقية من أمراض الطفولة. والوقاية من حوادث المنزل.



الحنان الذي تحيط الأم به طفلها من أهم العوامل التي تسهم في تنشئته نشأة سوية. بما في ذلك إرضاع الأم لطفلها من ثديها.

لا تقف رعاية الطفل عند دخوله المدرسة، وإنما يجب أن تمتد إلى سنوات الدراسة، وهذا يستدعي تنسيقاً جيداً بين البيت والمدرسة.



إحاطة الطفل من باكورة حياته ببيئة تثير اهتمامه وغريزة المعرفة والاكتشاف فيه تسهم في صحته العقلية والنفسية.

- **التعرف على ثقافة المجتمع:**

من أجل إعطاء رعاية صحية جيدة للأم وطفلها لا بد للعاملين الصحيين في مركز الرعاية الصحية الأولية

من الإلمام بثقافة المجتمع فيما يتصل بصحة الأم والطفل. بما في ذلك الوضع الاقتصادي في المجتمع، ومصادر الغذاء فيه، والعادات والتقاليد التي لها علاقة بالصحة، وصحة البيئة وغيرها. هذه المعرفة تستدعي اتصال العاملين الصحيين بالمجتمع، الأمر الذي يستدعي خروج العاملين الصحيين من وقت إلى آخر بأنشطتهم إلى خارج جدران المركز الصحي. ليس ذلك فحسب وإنما إشراك الأمهات أنفسهن في كثير من جوانب رعاية الأم والطفولة.



التدخل لمنع العنف الأسرى من ضمن نشاطات رعاية الأمومة والطفولة.



تنعكس الخلافات الأسرية سلبًا على الأبناء. دور الطبيب وفريقه الصحي لا يقتصر على التصدي للمشاكل النفسية والجسدية بعد حدوثها وإنما الإهتمام بأسبابها التي تكمن في الأسرة والمجتمع.

نستطيع أن نضرب العديد من الأمثلة على أهمية مشاركة الأم في مثل هذه الأنشطة. نذكر بعضها هنا للدلالة. في بعض قرى نارنجوال في الهند درب العاملون الصحيون الأمهات على طريقة إرواء أطفالهن بمحلول الإرواء إذا ما أصيبوا بالإسهال. وفي مشاريع أخرى تعلم سيدات القرية أن يطبخن بشكل جماعي بعض أنواع الغذاء المتوفر في المجتمع مما له قيمة غذائية ولم يكن المجتمع يوليها أهمية تذكر. وفي مشروع قام به الأستاذ الدكتور ديفيد ميلر في

أفريقيا تعلمت الأم القروية بالرغم من أميتها كيف تزن طفلها وتسجل الوزن في سجل وتتابع التغيرات في وزن الطفل لتتعرف على الحالة الصحية له.

ما ذكرناه قليل من كثير من جوانب رعاية الأم والطفل. على العامل الصحي أن يلم بها على ضوء النظام الصحي في بلده.

صحة الأسنان

تكوين الأسنان:

يبدأ ظهور الأسنان اللبنية (٢٠ سنّاً) في الشهر السادس وتكتمل في الشهر الخامس والعشرين، ويبدأ ظهور الأسنان الدائمة (٣٢ سنّاً) في السنة السادسة وتكتمل في سن الخامسة والعشرين، مع ملاحظة أن هناك اختلافات طبيعية بين البشر.

ينقسم السن إلى قسمين: التاج وهو الجزء الظاهر، والجذر وتحتويه أنسجة اللثة. ويتركب السن من الميناء (الطبقة الخارجية) والعاج (الطبقة الوسطى) واللب (الطبقة الداخلية).

عملية هضم الطعام تبدأ من الفم، فالأسنان القوية السليمة تطحن الطعام جيداً وتعده لعملية الهضم، في حين أن الاسنان المسوسة (النخرة) والمريضة لا تساعد على هضم الطعام، وقد تتحول إلى بؤرات تؤثر على أجهزة الجسم.



الصحة السنية أحد النشاطات الهامة التي يقوم بها المركز الصحي..

عملية التسوس:

ربمـا كان تسـوس الأسـنان مـن أكثـر الأمـراض انتشـاراً بين النـاس، وإذ لـم يكـن لدينا إحصـاء واف عـن أبعاد المشـكلة في العالـم العربي، فـإن الانطبـاع العـام لدى أطبـاء الأسـنان يوحي بـأن أكثر مـن ٧٥٪ مـن الأطفال في سـن المدرسـة يصابـون في وقت ما بتسوس الأسنان.

تسـوس أو نخر الأسـنان هـو عمليـة تحلـل للمـواد العضوية وغيـر العضويـة فـي الفـم نتيجـة لتخمـر بقايـا الطعـام (خاصـة

المواد الكربوهيدراتية) في الفم، وهناك عوامل رئيسة وراء التسوس منها:

١. استعداد الأسنان للتسوس، حيث إن الوراثة تلعب دوراً في ذلك.

٢. وجود مواد كربوهيدراتية في الفم قابلة للتخمر، نتيجة لعدم نظافة الفم والأسنان.

٣. وجود ميكروبات تؤدي إلى التخمر، وهذه عادة متوفرة في الفم بصرف النظر عن نظافته.

٤. نقص معدن الفلورين في الماء مما يؤدي إلى إضعاف السن وجعله عرضة للتسوس. (بعض الباحثين يشكك في مدى أهمية هذا المعدن لحفظ الأسنان).

إذا ما تبقت مواد كربوهيدراتية على سطح السن، خاصة الشوكولاتة والبسكويت والحلويات المصنوعة من الدقيق والسكر لفترة ساعات بعد الطعام فإنها تكون بيئة صالحة تنمو عليها مجموعة من الميكروبات الموجودة في الفم. تتخمر المواد الكربوهيدراتية نتيجة لتأثير الميكروبات وينتج عن عملية التخمر حمض اللبنيك الذي يؤثر على ميناء الأسنان فيفقده مع مرور الوقت مادة الكالسيوم، ثم يؤثر على طبقة العاج التي تتحلل مع مضي الوقت، وبذلك تتآكل هذه الطبقات حتى

تصل الأحماض مع مجموعة من الميكروبات إلى اللب (وفيه الأعصاب) فيصاب بالالتهاب ويبدأ الألم الشديد. نلاحظ أن ألم التسوس الشديد لا يحدث إلا متأخراً بعد أن تكون الفجوات قد تكونت في السن. وينتج عن التسوس مضاعفات مثل: فقدان السن أو حدوث خراج تحت السن أو التهابات مزمنة في اللثة، وقد تتكون بؤرة مرضية تؤدي إلى التهابات في أعضاء أخرى في الجسم مثل: القلب والكليتين.



في بعض المجتمعات العربية ٩٠٪ من الأطفال لديهم تسوس في الأسنان. هذه النسبة تصل في السويد إلى أقل من ١٪. السبب يكمن في الجهل والإهمال. وتصحيح المسيرة أحد مسؤوليات الرعاية الصحية..

العلاج:

تنظيف الأسنان النخرة وحشوها لمنع استفحال التسوس، وقد يضطر الطبيب إلى استئصال عصب السن لمنع الألم أو إلى الخلع إذا كان السن في حالة متقدمة من التسوس.



صحة الأسنان في الكبر تعتمد على أسلوبنا في الحياة ونحن بعد في مقتبل العمر.

الوقاية:

١. التثقيف الصحي من أجل تكوين مفاهيم صحية حول نظافة الأسنان، خاصة بين الأطفال.

٢. التردد الدوري على طبيب الأسنان في كل ٦ أشهر أو في كل سنة وذلك لاكتشاف التسوس المبكر (قبل الشعور بالألم)، ومن ثم العلاج المبكر.

٣. التقليل من أكل الحلويات والبسكويت والأطعمة المحلاة بالسكر والاستعاضة عنها بالفاكهة، وقد لوحظ أن نسبة التسوس بين الأطفال في أوروبا في فترة الحرب العالمية الثانية انخفضت ثم عادت فارتفعت بعد الحرب، ويعزى ذلك إلى قلة توفر الحلويات والبسكويت المصنوع من الدقيق والسكر النقي في فترة الحرب، هذا الأمر يذكرنا بأهمية مراقبة مقصف المدرسة والاهتمام بتزويده بالأطعمة المفيدة مثل الخبز المصنوع من الدقيق الأسمر والفاكهة والألبان بدلاً من المياه الغازية والحلويات والأغذية المليئة بالسكريات وبالدهون.

٤. عدم الأكل بين وجبات الطعام الرئيسة وللأطفال أن يأكلوا بعض الفاكهة أو يتناولوا بعض الحليب بين وجبات الطعام.

٥. تنظيف الأسنان بالفرشاة والمعجون (أو السواك) مرتين يوميًّا على الأقل (بعد وجبات الطعام) وأن يكون التنظيف من اللثة إلى طرف السن.

٦. مراعاة وجود نسبة جزء من المليون من الفلورين في ماء الشرب مع ملاحظة أن زيادة النسبة قد تؤدي إلى تلون الأسنان.

الغذاء الصحي

علاقة الغذاء بالصحة:

يعتبر الغذاء من أهم العوامل التي تؤثر سلباً أو إيجاباً على حياة الإنسان. فالإفراط والتفريط في الغذاء كلاهما يؤدي إلى مشكلات صحية، فقلة الغذاء تؤدي إلى ضعف المناعة والنمو، كما تؤدي كثرته إلى السمنة ومضاعفاتها وقد قدرت منظمة الصحة العالمية أن هناك أكثر من مائتي مليون طفل في العالم يعانون من أمراض ومشكلات صحية مرتبطة بسوء التغذية، كما أن نقص التغذية لدى الأم قد يؤدي إلى مشكلات صحية أثناء الولادة وبعدها.

في بلادنا العربية ينتشر نقص التغذية في بعض قطاعات المجتمع نتيجة لتدني مستوى المعيشة أو الجهل أو لكليهما معاً. أضف إلى ذلك التغيرات البيئية من جفاف وتصحر وهجرات وصراعات (كلها أو أكثرها من صنع الإنسان).

لا تتوفر في عالمنا العربي معلومات كافية عن الغذاء والعادات الغذائية وعلاقاتها بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية. الأمر الذي يعوق التخطيط السليم لحل مشكلات سوء

التغذية. ولكن غياب هذه المعلومات يجب أن لا يعوق العاملين الصحيين عن بذل جهود منتظمة في التعرف على أنماط التغذية في المجتمع الذي يقومون على خدمته.

من هنا جاءت الدعوة للفريق الصحي في مركز الرعاية الصحية الأولية وعلى رأسه الطبيب لقضاء بعض الوقت في المجتمع خارج جدران المركز الصحي لكي يتمكنوا من معرفة الوضع الغذائي للمجتمع. وهذا يتطلب إعداداً للفريق الصحي للقيام بهذا الدور بما في ذلك التدريب على جمع الإحصاء وتحليله والاستفادة من نتائجه.

إلى جانب الدور الذي يمكن أن يقوم به أفراد الفريق الصحي في هذا الشأن، يمكن استقطاب أفراد من المجتمع للمساهمة في جمع المعلومات وتحليلها والاستفادة منها بعد إعدادهم بشيء من التدريب الذي يتناسب مع المهام التي سيقومون بها. من بينهم معلمو ومعلمات المدارس، ليس ذلك فحسب وإنما أيضاً تلاميذ المدارس. أغلبهم سيأتون متطوعين لهذه الأعمال. وهو ما أكدته كثير من التجارب الدولية.

نشير هنا إلى ما جاء في «دليل الرعاية الصحية الأولية» الذي نشرته وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية ورسمت فيه بعض الأدوار التي يمكن لمركز الرعاية الصحية الأولية أن يقوم بها في تحسين الوضع الغذائي في المجتمع:

١. القيام بالمسوحات الصحية الغذائية للتعرف على أنماط التغذية في المجتمع.

٢. تعزيز الأنشطة التي تحسن موارد الغذاء وحسن استخدام الموارد الغذائية المتوفرة.

٣. الوقاية من بعض مشكلات سوء التغذية المنتشرة كفقر الدم ونقص فيتامين أ.

٤. تصحيح الأخطاء في نظام تغذية الأطفال الرضع والأطفال في سن ما قبل المدرسة.

٥. تحسين الوضع الغذائي للأمهات الحوامل والمرضعات.

٦. الإسهام في نشر الثقافة الصحية في المدارس.

٧. استقطاب قادة المجتمع والهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية في برامج التغذية.

لا يخفى على أحد أن هناك أغذية تدعم الصحة وتعززها وأخرى تضر بالصحة وتؤدي إلى المرض. ولا يكاد يوجد مرض من الأمراض ليس مرتبطاً بالغذاء بشكل أو آخر. مباشرة أو غير مباشرة. العلاقة بين الغذاء والحالة الصحية للإنسان أشبه ما تكون بحلقة مغلقة. فسوء التغذية قد يؤدي إلى ضعف مناعة الجسم مما يسهل إصابته بالمرض، والمرض يسهم بدوره في مزيد من سوء التغذية.



الخضروات بأنواعها يجب أن تتصدر موائدنا الغذائية ففيها تجتمع الألياف والمعادن والأملاح والنشويات والبروتينات النباتية.

خيـر مثـال لتوضيـح العلاقـة بيـن سـوء التغذيـة والمـرض خاصـة بيـن الأطفـال الإسـهال والحصبـة. فالطفـل المصـاب بسـوء التغذية يصبح معرضـاً للإصابة بالإسـهال أكثر مـن الطفل الصحيـح. والإصابـة بالحصبة إذا اسـتفحل أمرها ولـم تعالج قد تؤدي إلى الهـزال الشـديد (Marasmus) أو مرض نقـص البروتين (Kwashiorkor) وكلاهمـا مـن أمـراض سـوء التغذيـة الشـديدة. وهنـاك أمثلـة أخـرى عديـدة لهـذه الصلـة الوثيقـة بيـن الحالـة الغذائية والحالة الصحية.

وللطبيب المسلم أبي بكر الرازي (٨٥٤ - ٩٢٥ ميلادية) مقولة ما زالت حتى اليوم تعد قاعدة يهتدى بها في العلوم الطبية: «مهما قدرت أن تعالج بالأغذية فلا تعالج بالأدوية».

الغذاء المتوازن:



التنوع الغذائي مهم للصحة. وهو أفضل من التركيز على لون واحد من الغذاء.

الغذاء المتوازن هو الذي يلتزم فيه صاحبه بالوسطية. بمعنى عدم الإفراط أو التفريط في الأكل والشرب. فالإكثار من أي طعام مهما كان صحيّاً قد يؤدي إلى الإضرار بالصحة.

وكذلك يفعل الإقلال من الطعام الجيد. يقول المولى سبحانه وتعالى: «وكلوا واشربوا ولا تسرفوا إنه لا يحب المسرفين» (الأعراف ٣١). وما ينطبق على الطعام ينطبق على الشراب لأن الأشربة المحلاة تحتوي على كميات كبيرة من السكر الذي يؤدي إلى السمنة. حتى الماء على أهميته المطلقة لحياة الإنسان يمكن أن يسبب بعض الأضرار إذا أفرط الإنسان فيه، نجد مثلاً لذلك في حالة الصائمين الذين يفرطون في شرب الماء قبل الإمساك أو بعد الإفطار. وهناك حالة مرضية تعرف «بتسمم الماء» (Water Intoxication). نختصر القول فنقول: إن الصحة مرتبطة إلى حد بعيد بالغذاء المتوازن.

ومن ثم كان على العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية الإلمام بمشكلات التغذية في المجتمع.. أسبابها ودواعيها ونتائجها. ذلك أن الإسهام في تصحيح مفاهيم التغذية الصحية في المجتمع من أهم عناصر الرعاية الصحية الأولية. ونعود فنكرر القول بأن الأمر يجب ألا يقف عند نشر الوعي بالتغذية الصحية، وإنما يجب أن يتعدى ذلك إلى العمل بكل الوسائل على تجسيد هذا الوعي ليصبح أسلوب حياة لأفراد المجتمع. أي تحويل المعلومة الصحية إلى سلوك صحي.



المكسرات بأنواعها مفيدة للصحة على أن تؤخذ باعتدال.

بعض مؤشرات سوء التغذية:

- **السمنة (Obesity)**

تنتج السمنة أساساً من زيادة الأكل على حاجة الجسم. بيد أن هناك عوامل أخرى تسهم في إحدات السمنة منها العوامل الوراثية، وقلة الرياضة والحركة، والاضطرابات النفسية مثل القلق والألم والإثارة وعدم الشعور بالأمان ومحاولة التخلص من ضغوط الحياة، إلى جانب بعض الأمراض مثل قلة إفراز الغدة الدرقية.



الخضروات بأنواعها أحمرها وأخضرها وأصفرها مهمة في غذائنا لما تحتويه من ألياف وفيتامينات ومعادن.

- **عوز الفيتامين A**: يؤدي إلى تغير في الشبكية وجفاف الملتحمة والقرنية والإسهال.
- **الكساح/ لين العظام (Rickets)**: يحدث بسبب عوز فيتامين د وينتشر في كثير من بلادنا العربية رغم أنها بلاد الشمس المشرقة.
- **فقر الدم**: الناتج عن عوز الحديد والفوليك وفيتامين B12 وفيتامين C .
- **البري بري**: وينتج عن نقص فيتامين ب١ أو الثيامين. ويوجد أكثر ما يوجد في المجتمعات التي تعتمد في

غذائها على الأرز المقشور. ويأتي على صور شتى منها ضعف عضلة القلب مما قد يؤدي إلى هبوط في القلب والدورة الدموية، أو ضعف في عضلات الجسم أو ضعف في القدرات العقلية.

- **أمراض الهزال والكواشركور (نقص البروتينات):** وتتميز جميعها بنقص الطاقة خاصة بين الأطفال. وهي الآن أقل انتشاراً من ذي قبل ولكنها ما زالت موجودة في بعض المجتمعات.

تحليل الوضع الغذائي للمجتمع:

حدد دليل الرعاية الصحية الأولية الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية دور الفريق الصحي في تحليل الوضع الغذائي للمجتمع، أهم وسائله المسوحات الصحية لجمع المعلومات وتحليلها والاستفادة منها في تصحيح الوضع الغذائي في المجتمع. من بين المعلومات التي تساعد على تحليل الوضع الغذائي:

(١) مدى توفر المواد الغذائية.

(٢) مستوى الإصحاح البيئي والنظافة الشخصية.

(٣) الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسر.

(٤) العادات والتقاليد المتعلقة بالتغذية والأطعمة الشعبية وقيمتها الغذائية وكيفية تناولها وإعدادها وتخزينها.

(٥) الأشخاص والمنظمات التي يمكن أن تدعم الوضع الغذائي للمجتمع كالجمعيات النسائية والأندية الاجتماعية ومعلمي ومعلمات المدارس وعلماء الدين.

المسوحات الصحية يجب أن يدرب العاملون الصحيون في المراكز الصحية على القيام بها، وأن يهيأ المجتمع نفسه لتقبلها والمشاركة فيها. قد تشمل المسوحات عينات من المجتمع كله أو بعض عناصره.

ويكون الطفل معرضا لسوء التغذية إذا انطبقت عليه واحدة أو أكثر من المواصفات التالية:

- الطفل الذي يقل وزنه عند الميلاد عن ٢٥٠٠ جرام.
- الطفل المولود في أسرة فقيرة.
- الطفل الذي لم يرضع من ثدي أمه.
- الطفل الذي لم يعط الأطعمة الإضافية الكافية.
- الطفل الذي فقد أمه أو أباه أو كليهما بالوفاة أو الانفصال.

- الطفل الذي ولد بعد خمسة أو ستة إخوة.
- الطفل الذي لا يزداد وزنه بالمعدل الطبيعي.
- الطفل المولود بعاهة خلقية.
- الطفل الذي تتكرر إصابته بالحصبة أو السعال الديكي أو الإسهال خلال الشهور الخمسة الأولى من الحياة.

ومن خلال دراسة منظمة (إكلينيكية، ومعملية، وأنثروبومترية) لعينة من أطفال المجتمع، يمكن تشخيص أهم جوانب الصحة الغذائية ، ومنها ننطلق إلى وضع خطة عمل لتحسين الوضع الغذائي للمجتمع. ونذكر للمرة الثانية أن دور المركز الصحي إلى جانب القيام بالمسح الصحي هو التنسيق بين جهود الأجهزة الحكومية والأهلية للمشاركة في هذه المسوحات والتجاوب معها.

نلخص فيما يلي الخطوات التي سنتبعها بعد الانتهاء من المسح الصحي من أجل الاستفادة من نتائجه في تصحيح الوضع الغذائي للمجتمع:

- تحديد حجم المشكلات وتوزيعها بين طبقات المجتمع.
- تحديد المجموعات السكانية المعرضة للإصابة بسوء التغذية.
- تحديد العوامل (البيئية، والاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية) التي تؤدي إلى سوء التغذية.

- اختيار الوسائل الملائمة لمواجهة المشكلة وحلها بما يتفق مع المصادر المتوفرة، وثقافة المجتمع.
- القيام بالتثقيف والتوعية الصحية الغذائية المطلوبة.
- تشجيع المجتمع على المشاركة في حل المشكلة.
- التنسيق مع المنظمات (الحكومية والأهلية) ذوات العلاقة.
- دعم العمل والأنشطة الغذائية على مستوى الأسرة:

دعم الأنشطة الغذائية في المجتمع:

- يبدأ تحسين الحالة الغذائية للمجتمع بالتثقيف الغذائي على مستوى الأسرة وفي المدرسة.

فعلى سبيل المثال.. المناهج المدرسية للطالبات لا بد أن تحتوي على معلومات عن التغذية الصحيحة، وبخاصة تغذية الأطفال في مراحل أعمارهم المختلفة (أثناء الإرضاع وبعد الشهر الرابع ثم من ستة شهور إلى عام وما بعد العام). كما لا بد أن تحتوي على معلومات عن تغذية الأم المرضع والحامل، وعن الطرق الصحيحة للطبخ وتخزين الطعام، واستعراض الاعتقادات الخاطئة حيال الأطعمة. لا بد من إعطاء الطالبات معلومات كافية عن أنواع الأطعمة ووظائفها، كأطعمة البناء (الزلاليات والنشويات) وأطعمة الطاقة (السكريات والدهنيات) وأطعمة تكميل الصحة (الفيتامينات والمعادن).

- ويا حبذا لو عمل القائمون على أمر الصحة المدرسية على إخراج أطلس غذائي للمجتمع يستفاد منه في تدريب الطلبة والطالبات، بما في ذلك خروج الطلاب إلى الأسواق لرصد الحبوب والغلال والبقول وبقية الأغذية ومعرفة أسعارها والمتوفر منها وغير المتوفر، وتسجيلها. مثل هذه الدروس العملية تساعد على بث الوعي الغذائي بين طلاب المدارس وتنتقل بالتالي إلى الأسرة.
- تبين الدراسات الأنثروبولوجية أن هناك معتقدات خاطئة تؤثر سلباً على الصحة الغذائية لدى أفراد المجتمع. فلو أخذنا – على سبيل المثال –قضية الإرضاع الطبيعي من الثدي منذ الساعة الأولى للولادة، نجد أن مثل هذه المعلومة قد تصطدم بمعتقدات سابقة (خاطئة)، منها الاعتقاد بأن اللبأ (Colostrum) مؤذ للطفل، أو أن إرضاع الطفل من ثدي أمه قد يفسد قوامها. لذلك كان من المفيد دراسة هذه المعتقدات وتناولها بوسائل التثقيف الصحي المناسب. والتركيز على دور المرأة على وجه الخصوص في تغذية أسرتها.
- من المؤسف أن بعض برامج الصحة الغذائية لم تستطع أن تؤتي ثمارها، إما لقصور في فهم المؤثرات

الثقافية في المجتمع، أو قصور في التخطيط السليم، أو عدم مواجهة المشكلة بما يتلاءم مع طبيعة المجتمع واحتياجاته. ولا ننسى هنا أن نشير إلى الدعاية المضادة التي يروجها أصحاب المصالح الخاصة مما يتنافى مع حاجة المجتمع الحقيقية.

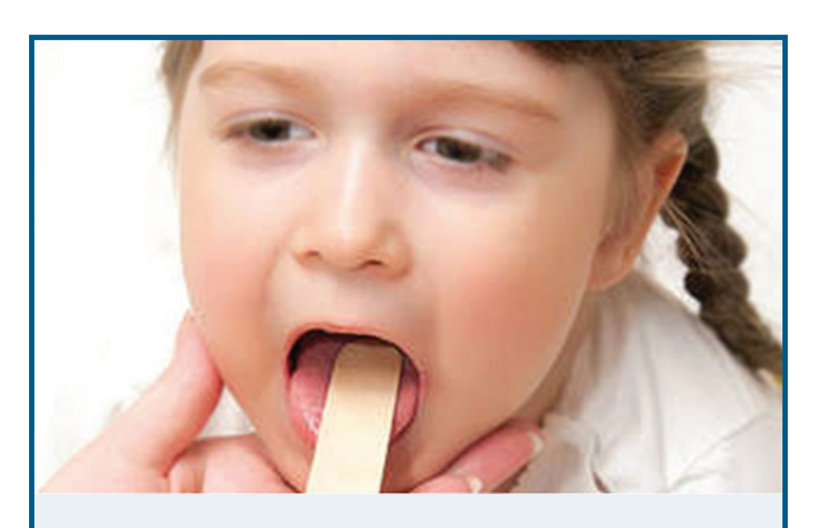
سيجد القارئ معلومات أخرى عن التغذية في الفصل المعنون بمكافحة الأمراض المزمنة حيث لخصنا فيه بعض جوانب أمراض سوء التغذية ولمزيد من الاطلاع على أسس التغذية الصحية ننصح بالرجوع إلى كتاب «الغذاء الصحي» للأستاذ الدكتور عبد الرحمن المصيقر أستاذ التغذية في جامعة البحرين. وهو من ضمن إصدارات سلسلة الصحة والحياة.

الصحة والسلامة المدرسية

لماذا الصحة والسلامة المدرسية؟

في العقود الأخيرة انبثق الاهتمام العالمي بتحقيق شعار الصحة للجميع، وذلك من خلال تبني سياسات الرعاية الصحية الأولية، وزيادة الإنفاق الحكومي على مشاريع الصحة العامة، الأمر الذي أدى إلى تحسن في المؤشرات الصحية في كثير من مناطق العالم وعلى درجات متفاوتة،

تبعاً لمدى الاهتمام بالوقاية من الأمراض، وبخاصة في سن الطفولة (أقل من ١٦ سنة).



الإكتشاف المبكر لأمراض الطفولة كفيل بالوقاية من كثير من مضاعفاتها. هذا التوجه للاكتشاف المبكر للأمراض يجب أن يكون على رأس اهتمامات الصحة المدرسية.

وبما أن الصحة المدرسية تعد من أهم المجالات وأوسعها مدى لتحقيق الصحة العامة، فقد اهتمت كثير من الدول بطلاب المدارس في سياساتها التعليمية والصحية، وذلك لاعتبارين أساسيين:

١. يشكل الطلاب في سن المدرسة شريحة من أكبر شرائح المجتمع.

٢. تنعكس صحة طلاب المدارس على أدائهم الدراسي.

من أهم وسائل تحقيق الصحة المدرسية إعداد اختصاصيين صحيين يقومون بتطوير الصحة المدرسية في جوانبها المتعددة. وقد عقد حول هذا الموضوع العديد من المؤتمرات العالمية تحت رعاية المنظمة العالمية للثقافة والعلوم (UNESCO)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، ومنظمة رعاية الطفولة (UNICEF). من أوائل هذه المؤتمرات كان المؤتمر العالمي لتطوير الصحة المدرسية الذي عقد في أدليد بأستراليا في منتصف السبعينيات الميلادية من القرن الماضي، والذي أكد على أهمية الصحة المدرسية وضرورة تعاون كل القطاعات المهتمة بالصحة بتطوير الصحة المدرسية، خاصة وزارتي المعارف والصحة، وأوصى بدمج جوانب من صحة البيئة والتغذية والتثقيف الصحي وغيرها من المجالات الصحية تحت مسمى الصحة المدرسية.

وفي جامعة مينوسيتا الاميركية أجريت دراسة عن المعلومات الصحية لدى معلمي المدارس الابتدائية الحاصلين على شهادات جامعية، فكانت النتائج مخيبة للآمال، لذا اقترح الباحثون عقد دورات في التثقيف الصحي لمعلمي المدارس.

وفي بريطانيا قام باحثون بتدريب طالبات في معاهد المعلمات على التثقيف الصحي، وكانت النتيجة تحسناً واضحاً في المعلومات الصحية لديهن، وأكد الباحثون أن من أسباب نجاح الصحة المدرسية أمرين: - أولهما: تطوير ثقافة المعلم الصحية، وثانيهما: جدية المدارس في تطبيق البرامج الصحية.

ومن الأسف أن الرعاية الصحية المدرسية في العالم العربي علاجية في أغلبها، وتفتقر إلى الجانب الذي يعنى بغرس السلوك الصحي السليم لدى طلاب المدارس، بحيث ينشؤون منذ باكورة حياتهم على أسلوب صحيح في الحياة، في المأكل والمشرب والحفاظ على البيئة والتعامل مع الحياة.

من خلال الدراسات التي أجريت والمؤتمرات التي عقدت، خرجت مجموعة من التوصيات نستطيع أن نلخصها في ما يلي:

- الاهتمام بطلاب المدارس وتطويرهم صحيّاً أمر بدهي، خاصة وأن نسبة الذين هم دون السادسة عشرة من العمر تصل إلى نحو ٤٠٪ من عدد السكان. والمدارس هي المكان الأمثل لتثقيفهم وتربيتهم صحيّاً.

- جـاء في تقريـر المديـر العـام لمنظمـة الصحـة العالمية فـي مؤتمـر (التعليـم للجميـع) الـذي عقـد فـي تايلاند عـام ١٩٩٠م أن التعليـم يجـب أن يهيـئ الطفـل لكـي يكـون متمتعـاً بالصحـة الجسـدية والنفسـية والعقليـة، وأن تأخـذ الصحـة المدرسـية الأولويـة فـي خطـط التنميـة الوطنيـة، كما أشـاد التقرير بـدور المعلـم إذا ما درب علـى أسـس الرعايـة الصحيـة المدرسـية. أخـذا في الإعتبار الآتي:



كثير من المشاكل النفسية التي تصيب الأطفال تكمن جذورها وأسبابها في داخل العائلة. ومن هنا كانت ضرورة إيجاد علاقة وثيقة بين المدرسة والبيت.

- التطور العقلي السريع للطفل وما يتميز به من فضول في سن الدراسة يجعل المدرسة مكاناً ملائماً لغرس المعلومات الصحية والمبادئ والقيم في ذهن الطفل وإكسابه المهارات بسهولة.

- للمعلم دور كبير في التربية الصحية لما له من تأثير على طلابه، وتؤكد الدراسات أهمية دور المعلم في تخطيط وتنفيذ وتقييم البرامج الصحية في المدرسة.

- أهمية تثقيف التلميذ في سن مبكرة عندما يبدأ في تكوين مهاراته البدنية والعقلية. كما أن على المدرسة أن توفر له مجالاً واسعاً للاكتشاف والتجريب وتفهم الحقائق العلمية مما يساعد على نموه الإدراكي.

- في كتاب (مرشد المعلم) لمنظمة الصحة العالمية ذكر أن المعلم يمكنه أن يقوم بدور رائد في مجال صحة المجتمع، فالأطفال متى تربوا على المفاهيم والمواقف والأنماط السلوكية الصحيحة رسخت هذه المفاهيم في أذهانهم وانتقلت منهم إلى أسرهم وإلى المجتمع.

- للمعلم دور كبير في التأثير على السلوك الصحي لتلاميذه للأسباب التالية:

- قدرته على توجيه الرسائل إلى تلاميذه.
- قوة تأثيره على التلاميذ من خلال الاتصال اليومي المباشر بهم.
- العلاقة الوطيدة بين المعلم والطلاب مما يجعل المعلم على دراية بإمكانات الطالب واحتياجاته.
- خبرة المعلم في مجال التعليم النفسي والتربوي.

وللتذكير. نحن نستخدم تعبيري الطالب والتلميذ على أنهما يؤديان المعنى نفسه.

بيئــة المدرســة:

البيئة المدرسية هي كل ما في المدرسة وما يحيط بها من العوامل الطبيعية والبيولوجية والاجتماعية. فهي لا تقتصر على الأبنية من فصولٍ وساحاتٍ، بل تشمل أيضاً العوامل البيولوجية، والعلاقات الاجتماعية بين الإدارة والمعلمين والتلاميذ، كما تشمل العلاقة مع المجتمع المحلي والمؤسسات الموجودة فيه.

تنقسم البيئة المدرسية إلى بيئة معنوية وبيئة حسية:

- **البيئة المعنوية:** تشمل الجانب الاجتماعي والنفسي لمنسوبي المدرسة. الأمر الذي يتأثر إيجاباً أو سلباً بعوامل عدة مثل: التخطيط الجيد لليوم الدراسي،

والعلاقات الإنسانية بين الطلابِ فيما بينهم وبين المعلمين وإدارة المدرسة..... إلخ.

- **البيئة الحسية:** هي الجانب المادي بما في ذلك موقع المدرسة ومنشآتها من صفوفٍ وقاعاتٍ ومختبراتٍ ومعاملَ ومرافق صحيةٍ ومقاصفَ وتجهيزاتٍ.... إلخ.

البيئة المدرسية الآمنة:

هناك مؤشرات توضح مدى توفر البيئة الآمنة في المدرسة مثل:

١. ارتفاع مستوى أداء منسوبي المدرسة من مدرسين وإداريين وطلاب، وارتفاع الروح المعنوية بينهم.

٢. توفر وسائل السلامة مثل مطافئ الحرائق وأجهزة الإنذار ومخارج الطوارئ.

٣. قلة غياب العاملين أو انقطاعهم عن العمل وقلة غياب الطلاب.

٤. قلة الشكاوى والتظلمات والنزاع والخلاف بين منسوبي المدرسة.

٥. توفر الأنظمة واللوائح التي تحدد معالم البيئة المدرسية الآمنةِ.

٦. تدريـب منسـوبي المدرسـة علـى وسـائل الأمـن والسلامة وإدارة الكوارث.

هذه المؤشرات يمكن الارتفاع بمستواها بالتالي:

- تهيئـة المدرسـة لتكـون مكانـاً آمنـاً ومناسـباً للعمـل، وإبعـاد كل العوامـل المزعجـة مـن ضجيـج أو روائـح كريهة أو مناظر مؤذية أو سوء تهوية وإضاءة.
- العناية بالنظافة التامة لجميعِ مرافقِ المدرسةِ.
- إتاحـة الفـرص الكافيـة لمنسـوبي المدرسـةِ للراحـة والترويح من عناء العمل.
- تحقيق حاجة منسـوبي المدرسـة إلـى الشـعور بالانتماء، ذلك بـأن يشـعر كل فـرد منهـم بأنـه عضـو فـي جماعة، يشـارك في عملهـا وفـي تحمـل مسـؤوليَّاتها وفـي صنع قراراتها.

المخاطـر البيئية في المدرسة:

- **مخاطر فيزيائيـة:** مثل تلـك التي تَنْجُـمُ عن سـوء التهوية أو قلة الإضـاءة أو التباين الشـديد فـي درجات الحـرارة. كثير من هـذه العوامـل تَنْتُجُ مـن عدم تطبيـق إجراءات السـلامة والصحة المهنية عند إنشاء وتجهيز المنشآت التعليمية.

- **مخاطر إنشائية:** مثل عدم توافر المخارج أو سلالم الهروب أو تجهيزات السلامة عند نشوب حريق.
- **مخاطر كيميائية:** تنتج من تعرض الإنسان لمواد كيمائية على شكل غازات أو أبخرة أو أتربة أو رذاذ. وتعتمد درجة الخطورة على مدى تركيز المادة ومدة التعرض لها.
- **مخاطر صحية:** وهي ما قد يصيب منسوبي المدارس من أمراض نتيجة وجود جراثيم أو طفيليات تُساعد على انتشارها بيئة المدرسةِ أو بسبب عدم توافر المرافق الصحية المناسبة مثل: مبردات المياه والخزانات ودورات المياه والمقصف الصحي، أو نتيجة لتراكم النفايات.
- **مخاطر سلوكية:** وهي ما قد يصيب مستخدمي المنشآت التعليمية من أضرار نفسية وسلوكية نتيجة الإدارة السيئة أو لعدم الاكتراث بتطبيقِ إجراءاتِ السلامةِ والصحةِ، أو لغياب برامج التوعية والتدريب.

التغذية المدرسة:

- تشير الدراسات إلى أهمية توفير وجبة غذائية خفيفة للتلاميذ بين وجبتي الإفطار والغداء.. شريطة أن تكون هذه الوجبة صحية. فالتلاميذ في هذه الفترة من

نموهـم الجسـدي والعقلـي في حاجـة إلى غـذاء متوازن يجمـع بيـن البروتينـات والنشـويات والدهـون والألياف والفيتامينـات والمعـادن. وهـو أمـر يحتـاج إلـى تخطيط ودراسة

- يجـب أن لا يترك مقصف المدرسـة للاجتهاد الشـخصي والذي كثيراً مـا يكون دافعه الاسـتجابة لرغبـات التلاميذ وربما حسابات الربح والخسارة.
- بعض مقاصف المـدارس تبيـع للتلاميذ أصنـاف الحلويات والمعجنـات والفطائـر المليئـة بالدهـون، كمـا تبيعهـم أصناف الميـاه الغازية المحـلاة التي تضيف لأجسـادهم سعرات حرارية، ولكنها لا توفر لهم مواد غذائية بناءة.
- بوفيـه المدرسـة إذا أحسـن توجيهه قـد يفيد فـي أكثر من جانـب.. فهـو يسـهم فـي توفيـر وجبـة غذائيـة متوازنـة وبنـاءة للطالـب، وفـي الوقت نفسـه يكـوّن لديه سـلوكاً غذائيّاً جيداً ينعكس عليه وعلى أفراد أسرته.

برنامج تدريب أخصائيين في الصحة والسلامة المدرسية:

تركـز كل من اليونسـكو ومنظمة الصحـة العالميـة على أهمية تدريـب أخصائييـن فـي الصحـة المدرسـية (مرشـدين صحيين) ليقومـوا بالإشـراف علـى الصحـة المدرسـية وتطويرهـا، لذلك

يفضل أن يكون أخصائي الصحة المدرسية حاصلاً على مؤهل جامعي يتبعه تدريب على الجوانب المختلفة للصحة المدرسية والتي تشمل:

- أسس الصحة العامة.
- التثقيف الصحي.
- مبادئ التغذية.
- الأمن والسلامة المدرسية.
- صحة البيئة والمجتمع.
- الإسعافات الأولية وإنقاذ الحياة.

هذا المنهج التدريبي جدير بأن يهيئ المعلم الذي سيعمل كمرشد صحي للقيام بالتالي:

- العمل في إطار تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة «الصحة ليست مجرد الخلو من المرض وإنما هي التكامل النفسي والجسدي والاجتماعي والعقلي».
- القدرة على غرس المفاهيم الصحية لدى الطلاب، والارتفاع بمستوى بيئة المدرسة وتغذية الطلاب.
- الإسهام في اكتشاف الحالات المرضية مبكراً ومتابعة علاجها من قبل الوحدة الصحية.
- ربط المدرسة بالبيت والمجتمع.



ممارسة الرياضة من سن
مبكرة تمنح الجسم الحيوية
والطاقة. تنشئة الطفل على
حب الرياضة وممارستها
من أولويات الصحة
المدرسية.

وفـي دراسـة أجريـت حـول المناهـج الدراسـية فـي مختلف سنوات التعليم المدرسي بالمملكة، وجد الآتي:

- يوجـد كـم كبير مـن مـواد العلـوم الصحيـة فـي المناهج التعليميـة والتي يمكن الاسـتفادة منهـا في عمليـة التربية الصحية.
- أكثـر المـواد الدراسـية شـمولاً للموضوعـات الصحيـة هـي مـواد العلـوم، والتربيـة الإسـلامية، واللغـة العربية، والاقتصاد المنزلي.
- بعـض المعلومـات الصحيـة جـاءت فـي غيـر موضعها، فمثلاً فـي مناهـج تعليـم البنـات، جـاء أول ذكـر للدورة الشـهرية فـي المرحلـة الثانوية، أي بعـد البلـوغ بفترة من الزمن.
- تم التركيـز في معظـم الأحيـان على زيـادة المعرفـة أكثر من تنمية المهارات وتطوير السلوك.

الصحة المدرسية.. إلى أين؟

شـاركنا في المؤتمـر العربـي الأول للصحـة المدرسـية الذي عقد فـي لبنـان حـول (واقـع الصحـة المدرسـية ومسـتقبلها في العالـم العربـي). تنبثـق أهميـة الصحـة المدرسـية من أنهـا تعنى بصحـة أطفـال المـدارس الذيـن يكونـون نحـواً مـن ٤٠ ٪ مـن

مجموع السكان في أي مجتمع. وعندما نتحدث عن الصحة فإننا نعني الصحة الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية. شارك في المؤتمر أكثر من ١٥٠ مشاركاً من مختلف الدول العربية. وطرحت فيه نماذج جيدة من بعض الدول العربية للصحة المدرسية أذكر بعضها على سبيل المثال.



مرض التوحد من مشاكل الطفولة التي يمكن الوقاية منها والتخفيف من وطأتها بالاكتشاف المبكر والعلاج المبكر. وإعداد الأسرة والمدرسة للتعامل مع المشكلة.

- قدمت الدكتورة صباح بن عفيف الحاصلة على زمالة جامعة الملك فيصل في طب الأسرة والمجتمع تجربة

حية أجرتها في بعض مدارس الخبر والثقبة، وقارنت فيها بين وسيلتين من وسائل التثقيف الصحي. الوسيلة الأولى اعتمدت فيها على تثقيف مجموعة من الطالبات حول نظافة الأسنان عن طريق الوسائل السمعية والبصرية، وفي تثقيفها للمجموعة الثانية أضافت عنصر الممارسة بأن طلبت من الطالبات أن يحضرن معهن فرش ومعجون الأسنان ويقمن بتنظيف أسنانهن في المدرسة في كل صباح لبضعة أيام. أثبتت التجربة أن عنصر الممارسة أدعى إلى تثبيت السلوك الصحي وجعله جزءاً من الحياة اليومية للإنسان.

- تجربة أخرى قدمتها الدكتورة خاتون صنقور المنسقة الوطنية لمشروع التربية الصحية والبيئية لدولة البحرين. خلاصة التجربة أن السلوك الصحي لطلبة المدارس تطور تطوراً كبيراً بإدخال منهج التربية الصحية بأسلوب عملي بحيث يقوم طلاب المدرسة بأعمال النظافة وإصحاح البيئة والزراعة كما يقومون ببعض الاعمال اليدوية. ويشاركون في حلقات النقاش والتمثيل في المسرح المدرسي. وكلها تدور حول تصحيح السلوك الصحي والاجتماعي لدى الطالب.

ونجح المشروع في تثبيت كثير من المفاهيم الصحية لدى الطلاب.

مثل هذه التجارب تؤكد أن السلوك الصحي السليم هدف أساس من أهداف الصحة المدرسية. لا يثبت في أذهان الطلاب بالمحاضرات كما يثبت بالممارسة الفعلية.

خلص المشاركون في المؤتمر إلى تعريف الصحة المدرسية. بأنها نشاط يهدف إلى تقديم الرعاية العلاجية والوقائية والتطويرية لتلاميذ المدارس، كما يهدف إلى تثبيت السلوك الصحي السليم بينهم. ومن خلال البحوث التي طرحت في المؤتمر وجد أن الصحة المدرسية في العالم العربي - بالرغم من كل الجهود التي تبذل فيها - تتسم في أغلبها بأنها علاجية. أما جوانب الوقاية والتطوير والتثقيف فيها فمحدودة.

طرحت في المؤتمر فكرة مشروع لتطوير الصحة المدرسية على مستوى العالم العربي. يرتكز على إعداد المعلمين والمعلمات في المدارس ليكونوا (مطوّرين صحيين) والوسيلة إلى ذلك هي تدريبهم على التعرف على الأمراض الشائعة بين طلاب المدارس، ومعرفة أسبابها، ومظاهرها، والاكتشاف المبكر لها، وطرق الوقاية منها، والتدريب على وسائل التربية الصحية وتطوير بيئة المدرسة، وتغذية الطلاب.

مكافحـــة الأمـــراض المتنقلـــة

تمهيـــــد:

لا نستطيع الإلمام بالأمـراض المتنقلة. إلا أننا نسـتعرض في هـذا الفصـل ملامـح منهـا. وعلـى الـدارس أن يتوسـع فـي دراسـتها .. بأسـبابها ونتائجهـا وطـرق الوقايـة منها لأنهـا تكون جانباً أساسيّاً من المشكلات الصحية في المجتمع.

سـوف نتحـدث فـي هـذا الفصـل عـن نمـاذج محـدودة مـن الأمـراض المتنقلـة الفيروسـية، والميكروبية، والطفيليـة. نلم بها إلمامـاً سـريعاً ولنـا فـي ذلـك هدفـان: أولهمـا التدليـل على أن الأمـراض فـي وجودهـا وانتشـارها خاضعـة إلـى حـد بعيـد لعوامـل البيئـة والسـلوك البشـري. ولـذا كان من واجـب أعضاء الفريـق الصحـي العامليـن فـي الرعايـة الصحيـة الأوليـة أن يتعرفـوا علـى هـذه العوامل لكـي يتمكنـوا مـن التصـدي لتناول المشـكلات الصحيـة مـن جذورهـا وليس فقـط بعـد أن تحدث وتصيـب الإنسـان. وهـذا يعنـي مداومة الاطـلاع علـى المصادر

الموثـوق بها لمزيـد مـن المعرفة وبخاصـةٍ موقع منظمـة الصحة العالمية (WHO) وموقع (CDC) على الإنترنت.

الهدف الثانـي. هـو أن المعلومـات التي سـنوردها قـد تكون مفيدة كنواة صالحة لمادة الثقافة الصحية .

قبـل نصـف قـرن كانـت الأمـراض المعديـة هـي الأمـراض الغالبـة فـي البلـدان الناميـة. أمـا الآن فقـد اختلفت الصـورة فما عـادت الأمـراض المعديـة هـي الغالبـة، إذ زاد معـدل الإصابـة بالمشـكلات الصحيـة المزمنـة أي غيـر المعديـة. مثـل أمـراض السـكري والقلـب والشـرايين والسـرطان والبدانـة وحـوادث الطـرق. ومـا ذاك إلا نتيجـة للتغيرات السـريعة في أنمـاط الحياة الاجتماعيـة والاقتصادية. و مـن ثم أصبحت أولويـات الخدمات الصحية مغايرة لما كانت عليه من قبل.

فيما يلي نستعرض بضعة محدودة من الأمراض المتنقلة:

فيـــروس كورونـــا

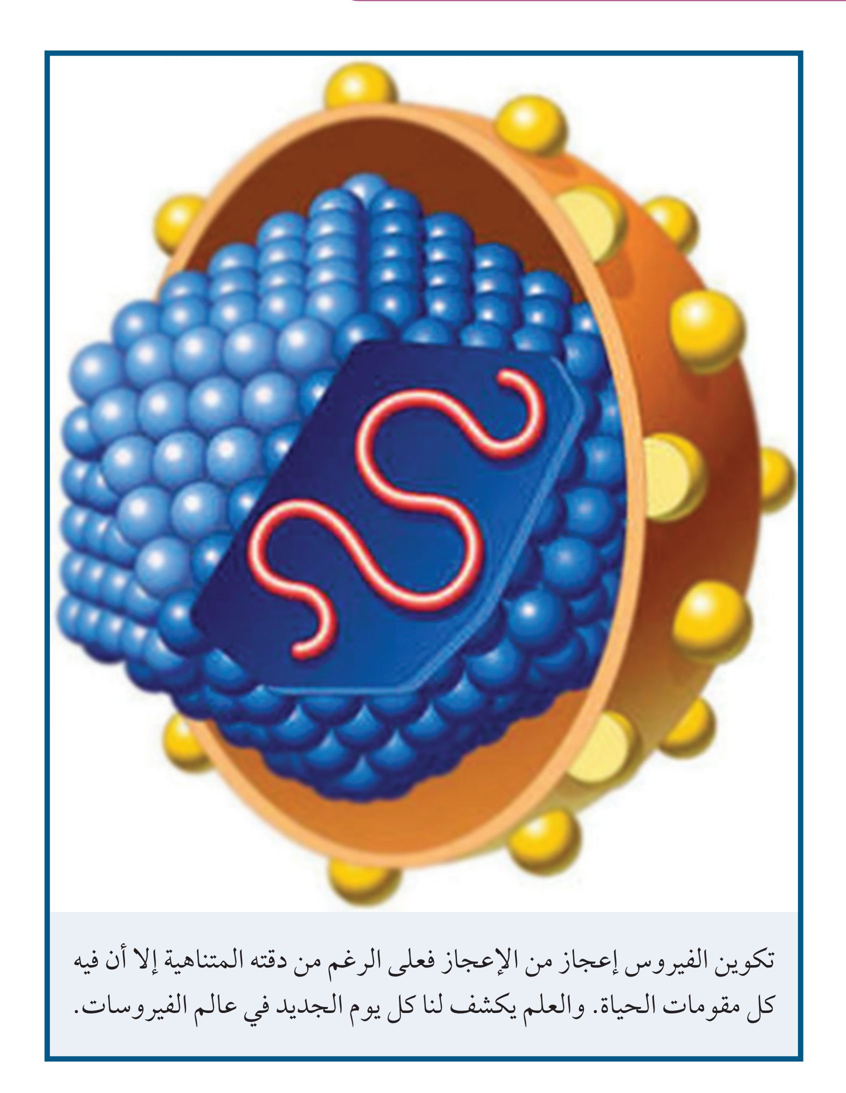
مـا هـي الفيروسـات؟

الفيروسـات أجسـام حيـة دقيقـة أصغـر بكثيـر مـن البكتريـا وتقـاس بالنانومتـر (النانومتـر = ١ مـن مليـون من المتـر. حجم الفيـروس فـي المتوسـط ١٠٠ نانومتـر). الفيروسـات لا تـرى

بالميكروسـكوب العـادي وإنمـا بالميكروسـكوب الإلكتروني، ولا تعيـش أو تتكاثـر إلا داخل الخلايا الحية سـواء فـي الحيوان أو النبـات أو الإنسـان. (بعكـس البكتريـا التـي يمكـن أن تعيش وتتكاثـر خـارج الخليـة)، وحتـى الآن عُـرف مـن الفيروسـات نحوٌ مـن ٥٠٠٠ نوع أمـا الذي لـم يعرف بعـد أو يكتشـف فأكثر من ذلك بكثير.

تركيب الفيـروس إعجـاز من الإعجـاز. يتكـون الفيروس من جزيء يحمـل المـادة الجينيـة أو مـا يسـمى DNA أو RNA وهي التـي تحمـل خصائـص الفيـروس وقدرتـه علـى التكاثـر. يحيط بالجـزيء طبقـة بروتينيـة تحميه، وقـد يحيط بهـذه الطبقـة طبقة أخرى دهنية لمزيد من الحماية.

وفـي محاولـة لتبسـيط طريقـة تكاثـر الفيـروس نقـول إن الفيروسـات لا تتكاثر بالانقسـام كما تفعـل الخلية الحيـة، وإنما يغـزو الفيـروس الخليـة الحيـة، ويسـيطر عليها بـأن يحقـن فيها تركيبـه الجينـي، وبالتالـي تهمـل الخلية عملهـا الأساسـي وتبدأ فـي صنـع الفيـروس نفسـه حتـى تمتلـئ بـه فتنفجـر وتخـرج الفيروسـات منهـا لتهاجـم خلايـا أخـرى. تصيـب الفيروسـات الخلايـا الحية فـي المملكتين الحيوانيـة والنباتيـة. وبعضها يغزو الخليـة الحيـة فـي الإنسـان فقـط. بعضها ضـار يصيب الإنسـان بالمرض والبعض الآخر غير ضار.



تكوين الفيروس إعجاز من الإعجاز فعلى الرغم من دقته المتناهية إلا أن فيه كل مقومات الحياة. والعلم يكشف لنا كل يوم الجديد في عالم الفيروسات.

وقـد صنف العلمـاء الفيروسـات التـي تصيب الإنسـان بالمرض إلى ٢١ مجموعـة وسـموا المجموعة (عائلـة) وقسـمت العائلة إلى فصائـل. جميـع عائـلات الفيروسـات تمـت بعضهـا لبعـض بصلـة

القربـى، وبينهـا خصائـص مشـتركة وخصائـص غيـر مشـتركة. وأغلبهـا يتحـول مـع الزمن مـن طور إلـى طور. أهـم صفة مشـتركة بيـن الفيروسـات أنهـا تتكاثـر داخـل الخليـة الحيـة إمـا داخـل نواة الخلية أو داخل السيتوبلازم الذي يحيط بالنواة.

مـن الأمـراض التـي تسـببها الفيروسـات علـى سـبيل المثـال لا الحصـر: الجـدري، والجديـري، والإنفلونـزا، والتهـاب الكبـد الفيروسـي، والإيـدز، وحمى الضنـك، والحمـى الصفراء، وشـلل الأطفـال، والحصبة، وأخيـراً وليس آخـراً الالتهاب التنفسـي الحاد الذي يسببه فيروس كورونا الذي نحن بصدد الحديث عنه.

تنتقل الفيروسـات مـن المريض إلـى الصحيح إما مباشـرة عن طريق الـرذاذ الـذي يخرج مـع الكحـة أو العطـاس (مثـل فيروس الأنفلونـزا، وفيـروس كورونـا). أو عـن طريـق الـدم أو الاتصـال الجنسـي (مثـل فيـروس التهـاب الكبـد الفيروسـي ج، وفيـروس الإيـدز) أو عـن طريـق لدغـة البعـوض (مثـل فيـروس حمـى الضنك) أو عن طريق الفم (مثل فيروس التهاب الكبد أ).

الأعـراض التي تبـدو علـى الإنسـان نتيجـة إصابتـه بفيروس المـرض تختلـف فـي شـدتها وخطورتهـا تبعـاً لنـوع الفيروس، والحالـة الصحية للإنسـان، ومـدى مناعته ضد المـرض وعمره، والعضـو المصـاب فـي جسـده. بعـض الفيروسـات إذا أصابت الإنسـان أعطتـه مناعـة دائمـة أو طويلـة المـدى (مثـل فيـروس

الحصبة، والحصبة الألمانية) وبعضها يعطيه مناعة قصيرة المدى (مثل فيروس الأنفلونزا).

بعض الفيروسات اكتشف لها لقاح يقي منها بقدرة الله ويعطي مناعة ضد المرض طويلة الأمد (مثل الجدري الذي اختفى بفضل من الله من الوجود، وشلل الأطفال الذي نأمل أن يكون في طريقه إلى الاختفاء)، والبعض الآخر توجد له لقاحات ولكن لتغير طبيعة الفيروس المستمرة لا يعطي اللقاح مناعة دائمة ضد المرض (مثل الأنفلونزا)، وهناك صنف ثالث ما زالت البحوث جارية لاكتشاف لقاح له (مثل فيروس كورونا).

الفيروسات ليس لها علاج محدد ولا تؤثر عليها المضادات الحيوية. ولذا يعطى المريض علاجات تدعم المناعة وتخفض الحرارة وتخفف من الآلام وتعالج أعراض المرض مثل الكحة وضيق التنفس. من ضمن الإجراءات التي ينصح بها: الراحة والإكثار من شرب السوائل والغذاء السليم، وكلها تهدف إلى تقوية مناعة الإنسان ليستطيع التغلب على الفيروس. وقد يصف الطبيب للمريض بعض الأدوية التي توقف تكاثر الفيروس وتقلل من مضاعفاته مثل دواء (التامفلون) الذي يعطى للمريض بإنفلونزا الطيور. وقد يعطى المريض مضاداً حيوياً لو أصيب بالتهاب بكتيري إثر إصابته بالالتهاب الفيروسي، على أن تؤخذ هذه الأدوية تحت إشراف طبي ولا تؤخذ اجتهاداً لأن إساءة استخدامها قد تؤدي إلى مضاعفات.

أغلب أمراض الفيروسات (وليست كلها) تختفي بعد فترة بدون أي علاج مثل البرد والأنفلونزا. على أننا نؤكد هنا على ضرورة أن لا يتهاون الإنسان في طلب العلاج لأي من الأمراض الفيروسية خاصة إذا كان المريض طفلاً أو كبيراً في السن أو امرأة حاملاً أو مصاباً بمرض من الأمراض التي تقلل من المناعة.

فيروس كورونا:

نتحدث هنا عن فيروس كورونا كنموذج لأحد الأمراض الفيروسية. ونذكر أن هذا النموذج الغرض منه التعريف العام بالأمراض الفيروسية.

يتكون (فيروس كورونا) من عائلة كبيرة من الفصائل اكتشفت في منتصف القرن الماضي، تصيب الحيوانات والطيور والبشر بأمراض في الجهاز التنفسي تختلف في شدتها من البرد العارض إلى الالتهاب التنفسي الحاد. وقد دعي الفيروس بهذا الاسم (كورونا والذي يعني التاج) لأنه يبدو تحت الميكروسكوب الإلكتروني محاطاً بهالة شبيهة بالتاج. يتكاثر الفيروس داخل الخلية الحية ثم يخرج من الخلية في كميات كبيرة ليهاجم خلايا حية أخرى.

وإلى ما قبل أعوام مضت كانت هناك فصيلتان معروفتان من (فيروس كورونا) تصيبان الجنس البشري.. وفي عام ٢٠٠٣م

انتشر في قارة آسيا وباء كان سببه فصيلة جديدة من (فيروس كورونا) أصابت ضحاياها بمرض شديد الوطأة خاصة في الجهاز التنفسي أطلقت عليه منظمة الصحة العالمية متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) وأطلقت على الفيروس اسم SARS-CoV. هذا الوباء أصاب ما لا يقل عن ٨٠٠٠ إنسان توفي منهم ٨٠٠ شخص أي ١٠٪ من المصابين.

وتوالى اكتشاف فصائل جديدة للفيروس. وفي أبريل من عام ٢٠١٢م اكتشف العلماء الفصيلة السادسة من (فيروس كورونا) في المملكة العربية السعودية وأطلقوا عليه اسم فيروس كورونا الشرق الأوسط (ميرس) MERS – CoV. وفي خلال الفترة من أبريل ٢٠١٢م إلى مايو ٢٠١٤م أي خلال عامين من بدء تشخيص أول حالة لفيروس (ميرس) أخذ عدد المرضى في تزايد على مستوى العالم. الدول التي أعلنت عن وجود المرض فيها تشمل: المملكة العربية السعودية، والأردن، وقطر، والإمارات العربية المتحدة، وفرنسا وألمانيا. وإيطاليا واليونان ومصر والولايات المتحدة الأمريكية ودول أخرى في شرق آسيا. أما المرضى الذين شخصوا خارج منطقة الشرق الأوسط فيعتقد أنهم أصابتهم العدوى أثناء وجودهم في بلدان الشرق الأوسط.

كيفية انتقال فيروس كورونا:

ينتقـل الفيـروس مـن المرضـى إلـى الأصحـاء عـن طريـق السـعال والعطـاس (مع الـرذاذ). كمـا ينتقـل عن طريـق الأيدي الملوثـة بالفيـروس. وقـد وجـد أن أكثـر المعرضيـن لعـدوى المـرض هـم أعضـاء الفريـق الطبـي الـذي يعنـى بالمرضـى، بالإضافـة إلـى المخالطيـن للمريض مـن أفـراد عائلتـه. ومن هنا ينصح بـأن يأخـذوا جميعهـم حذرهـم ويتخـذوا كل الإجراءات الطبية المعروفة للوقاية منه.

أعراض المرض:

أعـراض المرض تشـمل ارتفاعاً فـي درجة الحرارة، وسـعالاً، وضيقاً فـي التنفس مصحوبـاً بالتهاب فـي الجهاز التنفسـي، وقد ينتهـي المـرض - إذا لـم يعالـج -بالتهاب رئـوي. هـذه الصورة الإكلينيكيـة مبنيـة علـى المعلومـات المتوفـرة حاليّـاً عـن الفيـروس. وقـد تتغيـر هـذه الصـورة فـي المسـتقبل مـع تغيـر طبيعة الفيروس كما ذكرنا سابقاً.

التشخيص والعلاج:

لا يوجد عـلاج معروف لفيـروس كورونـا بكل فصائله شـأنه شـأن غيره من أمـراض الفيروسـات. ولـذا فـإن العـلاج المتبع هو تخفيـف وطأة المـرض مع بدايـة الإصابة بـه، والوقاية مـن حدوث

المضاعفات. وذلك بتناول مخفضات الحرارة والمسكنات وإعطاء بعض الأدوية التي ترفع من مناعة المريض أو التي تمنع الالتهابات الجرثومية، وجميعها يجب أن تعطى تحت إشراف طبي.

الوقاية من المرض:

تتركز الوقاية من المرض في توعية الناس بوسيلة انتقال المرض لتجنبها، والحرص أشد الحرص على النظافة الشخصية بما في ذلك غسل الأيدي، والحد من الاختلاط بمرضى البرد والأنفلونزا، والبقاء في البيت عند الإصابة بالرشح.



على المرء أن يتبنى عادات صحية تساعد على وقايته ووقاية غيره من المرض.

حـذرت منظمـة الصحـة العالميـة دول العالـم الأعضـاء فـي المنظمـة (مـن بينهـم المملكـة) مـن خطـورة المـرض، ولكنها لم تفـرض قيـوداً علـى السـفر أو إجـراء أي فحوصـات طبيـة عنـد مداخـل أو مخـارج الـدول. بيـد أنها أكـدت علـى ضـرورة إجراء فحوصـات لفيـروس MERS – CoV لأي حالة التهـاب رئوي حاد، وإبلاغ المنظمة بالنتائج، وذلك للوقاية من انتشار العدوى.

وقد ثبـت مؤخـراً أن الجمال تحمـل فيروس المـرض وإن لم تظهـر عليهـا أعـراض المـرض مـا عـدا إفـرازات مـن الأنـف. ووجـد الفيـروس فـي الخفافيـش ولكـن لـم يثبـت بعـد علاقـة فيـروس الخفافيـش بالإنسـان. كمـا لـم يثبـت وجـود الفيروس في بقية الأنعام.

دور الكمامـات فـي الوقايـة مـن الفيـروس أمـر موضـع خـلاف. إذ إن أفضـل أنـواع الكمامـات الواقيـة من العـدوى هو مـا يعـرف باسـم N-95 والاسـم يـدل علـى أن هـذا النـوع مـن الكمامـات يمنـع بنسـبة ٩٥٪ مـن دخـول الفيروسـات التـي حجمهـا أقـل مـن ٠,٣ ميكـرون. وحيـث إن حجـم فيـروس كورونـا ٠,١ – ٠,٢ ميكـرون تظـل إمكانيـة الحمايـة مـن الفيـروس موضـع تسـاؤل. ومـع هـذا فـإن مركـز الأمـراض في أمريكا ينصـح باسـتعمال الكمامات فـي حالة الإصابـة بأعراض الأنفلونزا أو التعامل اللصيق بمريض بأعراض الأنفلونزا.

لا يوجد حتى اليوم لقاح ضد الفيروس. وإن كانت المعامل تسعى على مدار الساعة لإيجاد لقاح يقي منه. ينصح بالابتعاد قدر الإمكان عن المرضى الذين يعانون من الكحة والعطاس وكذلك الحفاظ على نظافة اليدين، والابتعاد عن الازدحام والتقليل قدر الإمكان من زيارة المستشفيات.

الوضع في المملكة:

السؤال الذي يفرض نفسه هو: ما موقف المملكة من (فيروس كورونا) وأمامنا الازدحام الموسمي في الحج والعمرة. الجانب الإيجابي في الأمر هو أن وطأة الفيروس قد انخفضت إلى حد بعيد في السنوات الأخيرة، كما أن المرض لا يسهل انتشاره بشكل وبائي بين التجمعات البشرية (حسب معلوماتنا الحالية عنه)، وأن منظمة الصحة العالمية لم تضع حواجز للسفر حياله، والبحوث التي تجرى حوله تبشر بقرب إيجاد لقاح ضده. كل هذه الجوانب المطمئنة لا تغني عن الحذر. فالفيروس قلب كقلوب الغانيات لا يعرف يومه ما يكنه غده. والأمر يستدعي إجراء احتياطات تتلخص في:

- إصحاح البيئة بما ذلك المزيد من الحرص على النظافة الشخصية والنظافة العامة.
- زيادة الاهتمام بالتوعية الصحية بين مرتادي المستشفيات والمراكز الصحية، وطلاب المدارس، وفي المنتديات،

والجمعيات الخيرية. القاعدة الذهبية هي أن كل فرد في المجتمع عليه أن يصل إلى درجة من الوعي بالقضايا الصحية، مما يضعه موضع المسؤولية حيال صحته وصحة من يلوذ به.

- الابتعاد قدر الإمكان عن أماكن الازدحام.
- الحرص على نظافة اليدين وغسلهما بالماء والصابون.
- تغطية الأنف والفم بمنديل أو بكم الثوب أو بالغترة (وليس باليد) في حالة الكحة أو العطاس.
- التقليل من ارتياد المستشفيات إلا للضرورة.
- يجب أخذ الحيطة في التعامل مع حظائر الجمال والمسالخ.
- التبليغ الفوري عن الحالات المشتبه فيها (الالتهاب الرئوي الحاد).

السل (الدرن)

عرف الإنسان السل منذ القدم. ومع بداية القرن العشرين الميلادي وحتى قبل اكتشاف الأدوية المضادة للمرض أو اللقاح الواقي منه استطاع الإنسان أن يتحكم في انتشار المرض في البلدان المتقدمة صناعيّاً من خلال الارتفاع بمستوى المعيشة والسكن والغذاء. أما في البلدان النامية فلا

يزال السل يكون مشكلة صحية تؤرق المسئولين عن الصحة. وفي السنوات الأخيرة نتيجة لسوء استعمال المضادات الحيوية ظهرت فصائل من ميكروب السل مقاومة للعلاج، بل وظهر مرض السل في أماكن كان يرجى اختفاؤه منها. وأسهم مرض الإيدز في انتشار مرض السل لما يسببه من نقص في مناعة الإنسان ضد الأمراض.

ولقد مر تاريخ الإصابة بمرض السل على مستوى العالم بحالات متتالية من الارتفاع والانخفاض. ففي أوروبا في القرن الثامن عشر الميلادي كانت الوفيات من مرض السل تساوي ربع مجموع حالات الوفيات. ثم بدأت خطورة المرض في التراجع مع الارتفاع في مستويات المعيشة التي تلت الثورة الصناعية. وعندما اكتشف عقار الاستربتومايسين في عام ١٩٤٩م أحدث ثورة في علاج المرضى مما أدى إلى انخفاض سريع في معدل الإصابات والوفيات منه، الأمر الذي بعث الأمل في إمكانية القضاء عليه. ولكن بعد سنوات ظهرت فصائل من جرثومة المرض مقاومة للعلاج (نتيجة لسوء استخدام العلاج) مما أدى إلى ارتفاع معدل الإصابة بالمرض وجعل منظمة الصحة العالمية تعلن أن مرض السل يستدعي الكثير من العناية الصحية والاجتماعية على مستوى العالم.

يسبب المرض ميكروب السل الذي ينتقل من المريض إلى الصحيح عن طريق الجهاز التنفسي. فعندما يسعل أو

يعطس مريض السل تتناثر ميكروبات السل في الهواء وتصل إلى الإنسان الصحيح الذي غالباً ما يكون أحد مخالطي المريض. تتكون بؤرة المرض في الرئتين وقد تتكون خارجهما أحياناً. وإذا ما أصيب الإنسان بالعدوى تقوم معركة بين الجرثومة المقتحمة للجسم وأجهزة المناعة فيه وفي أكثر الحالات يخرج الإنسان من هذه المعركة صحيحاً معافى. ولكن قد يقع فريسة للمرض إذا ما تغلبت الجرثومة المقتحمة على أجهزة المناعة لديه. يصيب السل الرجال أكثر من النساء، وأكثر المصابين به في الفئة العمرية بين ١٥ و٥٩ سنة.

يمكن اكتشاف السل في مرحلة مبكرة خاصة بين المخالطين للمرضى بإحدى الوسائل السهلة والميسورة مثل استخدام اختبار الجلد لقياس معدل انتشار العدوى (وليس المرض). باستخدام هذا الاختبار نجد أن نسبة الإيجابيين تتراوح من مجتمع لآخر. ففي أمريكا الشمالية نجد نحواً من ٥٪ إيجابيين في حين أنه في بعض البلدان الأفريقية تصل النسبة إلى ٥٠٪..

وهناك عدة وسائل لتشخيص المرض. ولكن الوسيلة الفعالة والتي عرفت منذ نحو ١٠٠ عام هي فحص بصاق المريض تحت الميكروسكوب والبحث عن ميكروبات السل فيه.



ميكروب السل كما يظهر تحت الميكرسكوب. الإكتشاف المبكر والعلاج المبكر كفيلان بالحد من انتشاره.

إحدى المشكلات التي تعوق عملية التحكم في المرض هي عدم أخذ مرضى السل العلاج بانتظام مما قد يؤدي إلى انتكاس المرض واكتساب جرثومة السل مقاومة ضد العلاج، الأمر الذي يستدعي متابعة مريض السل والتحقق من انتظامه في تناول العلاج.

إلـى جانـب السـل الرئـوي وهـو أكثـر أنـواع السـل انتشـاراً يوجـد أنواع أخـرى من مرض السـل منها سـل الجهـاز الهضمي والذي يعـزى إلى شـرب اللبن غيـر المغلـي أو المبسـتر بدعوى أنـه طبيعي وصحـي وهي دعـوى باطلـة. وسـل العمـود الفقري وهو قليل الانتشار نسبيّاً إلا أنه أكثر أنواع السل ضراوة.

لقـد أصبـح عـلاج المـرض سـهلاً وميسـوراً خاصـة إذا مـا تـم مبكـراً. ولم يعـد المريض يعالـج في المستشـفيات إلا لفتـرة قصيرة يسـتأنف بعدهـا العلاج فـي منزلـه شـريطة أن يقتـرن العـلاج بوقاية مـن حولـه مـن المخالطيـن بإجـراءات تشـمل: تحسـين السـكن، والتغذيـة الجيـدة، وإعطـاء اللقـاح الواقـي للأطفـال منـذ الأسـبوع الأول من ولادتهم، ونشر التوعية الصحية بين الجماهير.

مـن العوامـل التـي يرجـى أن تخفـض مـن نسـبة الإصابـة بمرض السل مستقبلاً:

- إجـراء مزيد مـن الدراسـات الأبيدميولوجية، واسـتعمال التقنيـات الحديثـة مثل الإنترنت فـي التبليغ عـن المرضى، ومتابعة المرضى والمخالطين.
- العـلاج الناجح والـذي يتكون مـن مجموعـة متوازنة من الأدوية المضـادة لجرثومة السـل، علـى أن يؤخذ بصورة سليمة وبمتابعة جادة للمريض.

- من أهم استراتيجيات المكافحة تعاون القطاعات الحكومية مع أفراد المجتمع في التشخيص والعلاج المبكرين. وأفضل منطلق لهذا التعاون مراكز الرعاية الصحية الأولية.

- توصي منظمة الصحة العالمية بضرورة إجراء مسح صحي لعينة من أفراد المجتمع لمعرفة مدى انتشار مرض السل فيه. يعد هذا الإجراء إحدى أهم وسائل معرفة أبعاد المشكلة ووضع خطة هادفة لمكافحته.



السل الرئوي يمكن الحد من انتشاره بخروج الفريق الصحي من بين جدران المركز الصحي والمستشفى إلى المجتمع للاكتشاف المبكر، والتثقيف الصحي، والعلاج المبكر.

يختلف معدل الإصابة بالمرض إلى حد بعيد باختلاف درجة النمو الاجتماعي والاقتصادي في المجتمعات. ففي المجتمعات المتقدمة اقتصادياً مثل أمريكا الشمالية وأوروبا نجد معدل الإصابة السنوية بالمرض حوالي ١٠ في كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة، في حين نجد هذا المعدل في إفريقيا قد يصل إلى ٣٠٠ أو أكثر في كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة، وفي منطقة حوض البحر الأبيض المتوسط يصل إلى ١٧٠، أما المتوسط العالمي فهو ١٧٨ في كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. ومن هنا نجد أننا في منطقة البحر الأبيض المتوسط لا نبعد عن المعدل العالمي. مع ملاحظة أنه في داخل الدولة الواحدة يختلف معدل الإصابة بالمرض من منطقة إلى أخرى باختلاف الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال نجد أن معدل المرض بين الهنود الحمر في الولايات المتحدة الأمريكية خمسة أضعاف المعدل بين بقية السكان كما أنه بين الزنوج أكثر منه بين البيض.

مشكلة السل في المملكة العربية السعودية:

المعلومات التي لدينا عن مرض السل في المملكة مستقاة من دراسات محدودة أجريت في مجتمعات صغيرة أو في مستشفيات أو مدارس. وفي ظل غياب دراسة شاملة عن المشكلة في المملكة فإننا سوف نعتمد هنا على ما هو متوفر

لنا من معلومات، على أن نسعى لمعرفة المزيد عن أبيدميولوجية المرض (أماكن وجوده، ومدى انتشاره، والفئات من السكان المعرضة للإصابة به، والعوامل البيئية المؤثرة عليه).

حتى منتصف القرن الماضي كان السل أحد الأمراض الرئيسة في المملكة. في ذلك الوقت كانت الخدمات الصحية في المملكة محدودة، ولم تكن هناك رعاية صحية منتشرة كما نراها اليوم. وكانت توصيات خبراء منظمة الصحة العالمية آنذاك لمكافحة المرض تركز على ضرورة جمع معلومات كافية عنه، والاكتشاف المبكر له، وإعطاء اللقاح الواقي للأطفال الحديثي الولادة. كما أكدت التوصيات آنذاك على أهمية إنشاء عيادات خاصة لعلاج السل، وتدريب العاملين في القطاع الصحي على مكافحته.

وفي الستينيات الميلادية من القرن الماضي شاركت وزارة الصحة مع منظمة الصحة العالمية في برنامج لمكافحة السل. وفي خلال فترة وجيزة تحقق كثير من النجاح في مكافحة المرض. إلا أن وسائل الوقاية منه لم تكن كافية.

وفي دراسة أجريت في تربة البقوم في عام ١٩٦٧م وجدت نسبة تحسس الجلد لاختبار السل ١٢٪ بين الأطفال و٧٠٪ بين الكبار من البالغين. وفي نهاية السبعينيات الميلادية من القرن الماضي جرت محاولة لتحديد مدى

انتشـار مشـكلة السـل في البلاد العربية. جاءت المملكـة العربية السـعودية واليمـن وعمـان والسـودان والصومـال من بيـن الفئة التي ينتشر المرض فيها أكثر من غيرها من البلاد العربية.

مـع بدايـة القـرن الحـادي والعشـرين نجـد فـي المملكـة عوامـل تثبـط مكافحـة المرض وأخـرى باعثـة على الأمـل. من أهـم العوامـل المثبطـة المناعـة التـي اكتسـبتها بعـض فصائـل جرثومـة السـل نتيجـة لإسـاءة اسـتعمال المضـادات الحيويـة وهـي مشـكلة عالميـة لا تقتصـر علـى المملكـة. أمـا العوامـل الباعثـة علـى الأمـل فـي مكافحـة المـرض فنجدهـا فـي بدايـة تطبيـق برنامـج شـامل لمكافحـة السـل فـي المملكـة. هـذا البرنامـج يشـتمل علـى جمـع معلومـات كافيـة عـن حجـم المشـكلة ومـدى انتشـارها والعوامـل التـي تـؤدي إليهـا. بالإضافـة إلى تدريـب الكفاءات البشـرية المتخصصـة للتصدي لأعمال المكافحة.

ومن الخطـوات التي نأمل أن تسـهم إلـى حد بعيد فـي مكافحة المـرض دمـج العـلاج والوقاية معـاً فـي الرعايـة الصحيـة الأولية بحيـث يتـم التشـخيص المبكـر للمـرض، وإعطـاء اللقـاح الواقي للأطفـال الحديثـي الـولادة، وإعطـاء العـلاج الوقائـي لمخالطـي المرضـى، والتثقيـف الصحـي، ومشـاركة أفـراد المجتمـع فـي التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم لمشاريع المكافحة.

وأخيراً نذكر بتوصية منظمة الصحة العالمية بضرورة إجراء مسح صحي لعينة من أفراد المجتمع لمعرفة مدى انتشار مرض السل. باعتبار أن هذا الإجراء إحدى أهم وسائل معرفة أبعاد المشكلة ولوضع خطة هادفة للمكافحة. هذا الإجراء يجب أن يكون من أولويات نشاط مراكز الرعاية الصحية الأولية.

التهاب الكبد الفيروسي (ج)

يتعرض الكبد للعديد من مسببات المرض مثل: الأدوية الزائدة على حاجة الجسم، والسموم، والمواد الكيمائية، والكحول، وأمراض نقص المناعة، والفيروسات. وعندما يمرض الكبد تتأثر تبعاً لذلك أنشطته وينعكس ذلك على جميع أعضاء الجسم.

هناك مجموعة من الفيروسات يمكنها أن تتسبب في التهاب الكبد مثل: فيروسات (أ)، (ب)، (ج)، (د). سوف نتحدث هنا باختصار عن فيروس الكبد ج (C) لأهميته وخطورته وسعة انتشاره في كثير من دول العالم خاصة في البلدان النامية بما في ذلك منطقة حوض البحر الأبيض المتوسط. يقدر عدد المصابين بهذا المرض في العالم بحوالي ١٢٠ مليون نسمة، ويتراوح معدل الانتشار ما بين

٨,١٪ في أمريكا الشمالية إلى ٢٠٪ في بعض الدول في إفريقيا وآسيا. وفي دراسة نشرت في عام ٢٠١٠م قدرت منظمة الصحة العالمية أنه يوجد ما لا يقل عن ٢١ مليوناً من البشر في منطقة الشرق الأوسط يحملون فيروس المرض.

يتراوح معدل انتشار المرض في المنطقة الواحدة تبعاً للأوضاع الاقتصادية والمعيشية بين السكان. فمعدل الإصابة به يزداد في الأماكن الفقيرة والمزدحمة. وقد وجد أن الاستعداد للإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي يزداد مع تقدم السن، ويصل إلى مداه في سن الخمسين. وهو أكثر بين الرجال عنه بين السيدات.



الكبد من أهم أعضاء الجسم. صحته تعتمد إلى حد بعيد على أسلوب الحياة التي يعيشها الإنسان.

من بين الذين يصابون بعدوى المرض ٧٥٪ لا تظهر عليهم أية أعراض. أما الـ٢٥٪ الباقون فيشتكون من الإرهاق وسرعة التعب وضعف الشهية وآلام في العضلات. وفي مرحلة لاحقة عندما يصل المرض إلى مرحلة الالتهاب المزمن يظهر اصفرار الجلد والعينين، كما تظهر فحوصات الدم اضطراباً في أنشطة الكبد. وفي مرحلة متأخرة من المرض - إذا لم يعالج المريض - قد يصل الأمر إلى تليف في الكبد وهبوط في عمله.

ينتقل الفيروس من المريض إلى الصحيح بعدة طرق من أهمها استعمال الحقن الملوثة بالفيروس ونجد هذا أكثر ما نجده بين مدمني المخدرات كما نجده في المجتمعات التي لا تستعمل الحقن البلاستيكية التي تستخدم للمرة الواحدة، أو في المستشفيات والمراكز الصحية التي لا تعنى بتعقيم الحقن الزجاجية بعد استعمالها. وإلى عهد قريب كان انتقال الفيروس عن طريق نقل الدم من أكثر أسباب انتشار المرض إلى أن تنبه المجتمع العالمي إلى ذلك، فأصبحت بنوك الدم في أكثر دول العالم حريصة على نقاء الدم ومنتجاته من الفيروس.

هناك طرق أخرى لانتقال الفيروس من المرضى إلى الأصحاء مثل الاتصال الجنسي ببنات الهوى أو الشاذين

جنسيّاً، أو عن طريق الوشم أو أثناء عملية غسيل الكلى إذا كانت الإبر المستعملة ملوثة. أو تعرض العاملين الصحيين للعدوى نتيجة إصابتهم بشكة إبرة بطريق الخطأ. وقد ينتقل الفيروس من الأم الحامل إلى جنينها عن طريق الحبل السري.

مدة حضانة المرض (وهي الفترة بين وقت الإصابة وظهور الأعراض) قد تصل إلى عدة أسابيع.

يتم تشخيص المرض بالعثور على الفيروس في دم المريض أو حامل المرض. وحامل المرض هو الإنسان الذي يحمل الجرثومة في دمه ويصيب الآخرين بالعدوى ولكن لا تظهر عليه أعراض المرض. وإذا ما أصاب الفيروس الإنسان تنبهت أجهزة المناعة لديه فأفرزت أجساماً مضادة مهمتها حماية الجسم من أي عدوى أخرى مقبلة، فإذا ما عثر على هذه الأجسام المضادة في الدم دلت على أن الإنسان سبق وأن أصيب بعدوى المرض.

الأبحاث جادة ونشطة لاكتشاف لقاح فعال ضد التهاب الكبد الفيروسي ج، وذلك عن طريق الهندسة الجينية وهي من أحدث العلوم التي قد يكون لها شأن في تغيير كثير من المفاهيم الطبية مستقبلاً.

في السنوات الأخيرة اجتذب المرض انتباه العديد من الباحثين في المملكة، إلا أن الدراسات التي أجريت حتى الآن دراسات محدودة ومتفرقة. من الدراسات التي أجريت نجد أن معدل الإصابة بالمرض في المملكة ٥٪، وأكثر المصابين لا يظهر عليهم المرض ولكنهم يحملون الفيروس وينشرون العدوى. هذا المعدل عال إذا قورن بمعدل الإصابة بالمرض في أوروبا والذي لا يزيد على ٣ في الألف. ومن ثم فالحاجة قائمة إلى إجراء دراسات أوسع لمعرفة تفاصيل أكثر عن المرض وتوزيع الإصابة به حسب المناطق المختلفة والسن والجنس.

الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي (ج):

إذا ما عرفنا طرق انتقال المرض وتفاديناها استطعنا أن نقي أنفسنا منه. طرق الوقاية باختصار هي:

١. عدم استعمال الحقن الزجاجية إلا بعد غليها غلياً جيداً، ويفضل استعمال الحقن البلاستيكية لمرة واحدة.

٢. إشاعة المعرفة بأضرار الإدمان على المخدرات، ذلك أن الفيروس ينتقل من شخص لآخر عن طريق الحقن الملوثة.

٣. الالتزام بالشريعة الإسلامية التي تنهى عن الفحشاء. وإذا كان أحد الزوجين مصاباً بالمرض يجب استعمال الواقي الذكري.

٤. الحرص على نقاء الدم ومنتجاته وخلوه من الفيروس في بنوك الدم.

٥. حرص العاملين في مجال الرعاية الصحية حتى لا يصل إليهم الفيروس عن طريق الخطأ أو الإهمال.

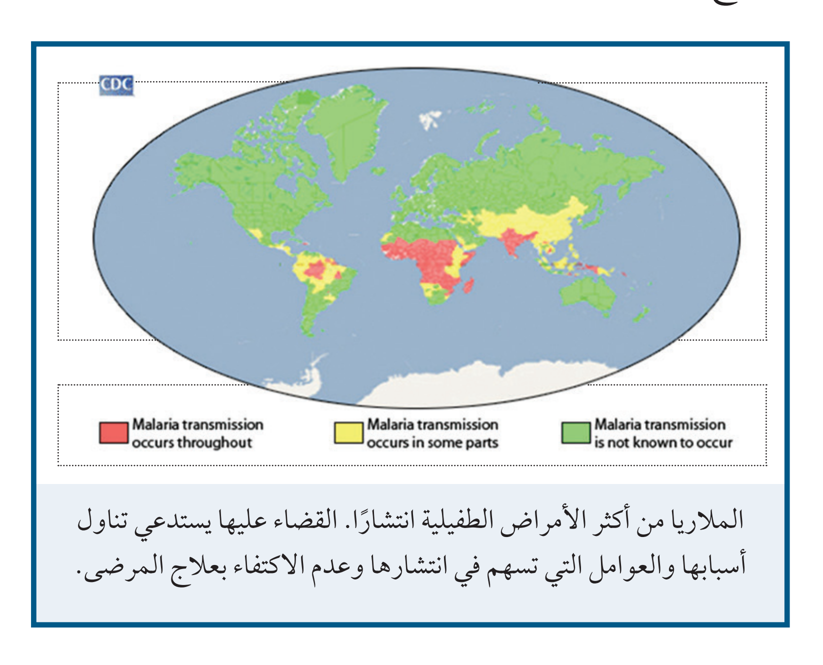
٦. المرضى أو حاملو الفيروس عليهم أن لا يشاركوا الآخرين في أمواس الحلاقة أو فرش الأسنان.

٧. يجب إشاعة الوعي بأن الفيروس (ج) لا ينتقل عن طريق المصافحة أو المشاركة في الطعام أو المشاركة في استعمال الحمام.

العلاج لا يعطي دائماً أفضل النتائج. وهذا شأن أكثر الأمراض التي تسببها الفيروسات مثل: الأنفلونزا والبرد والحصبة والجدري إذ لا يعرف لها بعد علاج حاسم.. ومن هنا تظل الوقاية من المرض هي الوسيلة الفاعلة للحد من انتشاره، علماً بأن المصابين الذين يبرؤون من المرض يكتسبون مناعة قوية تحول دون إصابتهم به مرة أخرى.

الملاريا (البرداء)

عبر التاريخ - تسببت الملاريا في الإضرار بأكبر مجموعة من البشر. ويعيش حالياً أكثر من ألف مليون نسمة في مناطق موبوءة بالملاريا في أنحاء العالم خاصة في المناطق الحارة وشبه الحارة. وتبعاً لإحصاءات منظمة الصحة العالمية يبلغ عدد المصابين بالملاريا في العالم نحواً من ٢٢٠ مليون نسمة. ويقدر مركز مكافحة الأمراض في أمريكا عدد الذين توفوا من الملاريا في عام ٢٠١٦ بنحو ٤٤٥,٠٠٠ نسمة أغلبهم من الأطفال الصغار ومن شمال أفريقيا. هذه الأرقام توضح بجلاء أهمية المرض ومدى انتشاره وخطورته.



الملاريا من أكثر الأمراض الطفيلية انتشارًا. القضاء عليها يستدعي تناول أسبابها والعوامل التي تسهم في انتشارها وعدم الاكتفاء بعلاج المرضى.

عرفت الملاريا منذ القدم. ويعتقد أنها كانت السبب في انهيار الإمبراطورية الرومانية إذ فتكت بجيوشها المحاربة. وكان العرب قديماً يتفادون مواطنها ويربطون بينها وبين المستنقعات والمياه الراكدة. ومنذ قرون عرفت خيبر وما حولها من قرى في غرب الجزيرة العربية كموطن للمرض تتفاداه قوافل التجارة.

وفي العصور الوسطى كان الناس يظنون أن سبب الملاريا هو الهواء الفاسد الذي يحيط بالمستنقعات ومنه اشتقت كلمة ملاريا ومعناها في اللاتينية الهواء الفاسد.



مكافحة مرض مثل الملاريا لا تتأتى من الاقتصار على علاج المريض وإنما على الفريق الصحي أن يؤدي دوره بالخروج إلى المجتمع حيث تكمن أسباب المرض في البيئة.

يتأثر مدى انتشار الملاريا في منطقة ما بدرجة الحرارة والرطوبة ومعدل هطول الأمطار، وجميعها تؤدي إلى زيادة توالد البعوض الناقل للمرض (فصيلة الأنوفيليس). ومن المتوقع زيادة انتشار الملاريا مستقبلاً مع الارتفاع المتوقع في درجة حرارة الكرة الأرضية مما يحتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لمكافحة البعوض، والارتفاع بالمستوى الاقتصادي والتعليمي في المناطق الموبوءة.

يسبب الملاريا طفيلي دقيق الحجم لا يرى إلا بالمجهر. وتوجد أربعة أنواع من الطفيلي. ينتقل طفيلي الملاريا من المريض إلى الصحيح عن طريق لدغة بعوضة الأنوفيليس. وإذا ما دخلت الطفيليات إلى جسم الإنسان انتقلت إلى الكبد ومنه إلى كريات الدم الحمراء حيث يتكاثر الطفيلي فيها، وما بين وقت وآخر تنفجر كريات الدم الحمراء المصابة وتخرج منها أعداد أكبر من الطفيلي لتغزو كريات دم حمراء جديدة.

أعراض المرض:

ارتفاع في درجة الحرارة مصحوبٌ برعشة وعرق غزير تأتي على شكل نوبات. تستمر النوبة لبضع سويعات ثم تختفي لتعود بعد يومين أو نحوهما تبعاً لنوع الملاريا.

ولا نشك في أن شاعرنا الكبير أبا الطيب المتنبي أُصيب بها إذ يقول:

وزائرتي كأن بها حياء فليس تزور إلا في الظلام
بذلت لها المطارف والحشايا فعافتها وباتت في عظامي
يضيق الجلد عن نفسي وعنها فتوسعه بأنواع السقام
كأن الصبح يطردها فتجري مدامعها بأربعة سجام

يؤدي المرض إلى ضعف عام وفقر في الدم وتضخم في الطحال. أشد أنواع الملاريا هي الملاريا الخبيثة. (فالسبرم) التي قد تؤدي الإصابة بها إلى فقر دم شديد والتهاب مخي حاد وهبوط في الكلية.

الملاريا مثال نموذجي للمرض الذي يمكن الوقاية منه بسهولة، وبالتالي يجب أن يتقى ولا يقتصر الأمر فيه على العلاج وحده.

الملاريا في المملكة العربية السعودية:

استقطبت الملاريا اهتمام كثير من الباحثين والمستشرقين الذين جابوا الجزيرة العربية مثل فلبي واسكوت ودوتي. الذين أشاروا في كتاباتهم إلى وجود الملاريا في بعض الواحات والقرى في الجزيرة العربية.

وتشير الدراسات التي نشرتها شركة الزيت السعودية الأمريكية (أرامكو) في المنطقة الشرقية إلى أن الملاريا كانت في الأربعينيات الميلادية من القرن الماضي من أكثر

الأمراض خطورة وانتشاراً في الجزيرة العربية، خاصة في واحتي القطيف والأحساء. وقدر معدل الإصابة بالمرض آنذاك بحوالي ٢٠٪ من سكان الواحتين.

وفي عام ١٩٤٨م بدأ أول مشروع لمكافحة الملاريا بالتعاون بين وزارة الصحة وشركة أرامكو، ومع بداية مشروع المكافحة برزت بضع مشكلات من أهمها اكتساب البعوض الناقل للمرض مناعة ضد المبيد الحشري (د.د.ت) الذي كان يستعمل للمكافحة. وقد تم التغلب على هذه الصعوبة باستعمال وسائل أخرى للمكافحة من أهمها تصريف المياه التي يتوالد على سطوحها البعوض.

وفي عام ١٩٥١م بدأ أول مشروع للمكافحة الشاملة في المملكة بالتعاون بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية، وقد تركزت الجهود آنذاك على مسالك الحجاج في المنطقة الغربية. ومن خلال هذا التعاون أمكن القضاء على الملاريا في المناطق الشمالية والغربية ما عدا بؤراً صغيرة بقيت موطناً للمرض خاصةً في جنوب المملكة.

وفي السبعينيات الميلادية من القرن الماضي انقطع الوباء كليّاً من المنطقة الشرقية. وربما ساعد على التغلب عليه وجود الأنيميا المنجلية في المنطقة حيث إن الملاريا والأنيميا المنجلية لا تجتمعان عادة في مريض واحد.

وتشير الدراسات التي نشرت حديثاً إلى أن المملكة يمكن تقسيمها من حيث وجود الملاريا إلى ثلاث مناطق:

١. مناطق اختفت منها الملاريا.. وهي المناطق الشمالية والشرقية والوسطى.

٢. المنطقة الغربية اختفت منها الملاريا، ولكن ما زالت فيها بؤرٌ للمرض.

٣. المنطقة الجنوبية ما زالت الملاريا مستوطنة في بعض أنحائها خاصة في تهامة. وهي منطقة مأهولة بما لا يقل عن ثلاثمائة ألف نسمة ويمارس أهلها الزراعة وبعض الرعي، وتمتد بامتداد المنحدرات الغربية لجبال السراة إلى حدود اليمن، وتتساقط عليها أكبر نسبة من الأمطار في المملكة بما يتراوح بين ٣٠٠ إلى ٤٠٠ مليمتر في السنة. وقد تكون صعوبة المواصلات من أهم العوائق أمام أعمال المكافحة إلا أن الدلائل تبشر بإمكانية التغلب على المشكلة قريباً.

نجح مشروع مكافحة الملاريا في القضاء على المرض في كثير من أنحاء المملكة. وقد ساعد على ذلك التطور الاقتصادي والاجتماعي وما صاحبه من تحسن في السكن

والتغذية والتعليم. وبين وقت وآخر كانت تعترض هذا النجاح بضع عقبات يتصل أغلبها بمشكلات الإدارة والميزانية وتدريب القوى العاملة البشرية.

تختلف وسائل مكافحة المرض باختلاف الزمان والمكان والظروف البيئية، وترتكز أساساً على القضاء على البعوض الناقل للمرض برش مسطحات المياه بمواد كيميائية، واستخدام السلك على النوافذ، واستخدام الناموسيات المشبعة بمضادات البعوض، إلا أن إصلاح البيئة وتحسينها هو أفضل طرق المكافحة ويشمل ذلك استصلاح الأراضي وردم المستنقعات. وفي السنوات الأخيرة قل استعمال المبيدات الحشرية لما تتركه من آثار على النباتات والحيوانات وقد تصل إلى طعام الإنسان فتلوثه.

هناك عقبات تقف أحياناً في سبيل المكافحة.. من ذلك أن القادمين إلى المملكة من مناطق موبوءة بالملاريا قد يحملون معهم طفيلي المرض وقد تكون لهذه الطفيليات مناعة ضد العلاج. كما أن الملاريا قد تعود مرة أخرى إلى الظهور في مناطق سبق وأن خلت منها، إما لتغير في البيئة أو نتيجة لهطول أمطار شديدة يتبعها كثرة توالد البعوض. أما أكبر مشكلة تواجه أعمال المكافحة

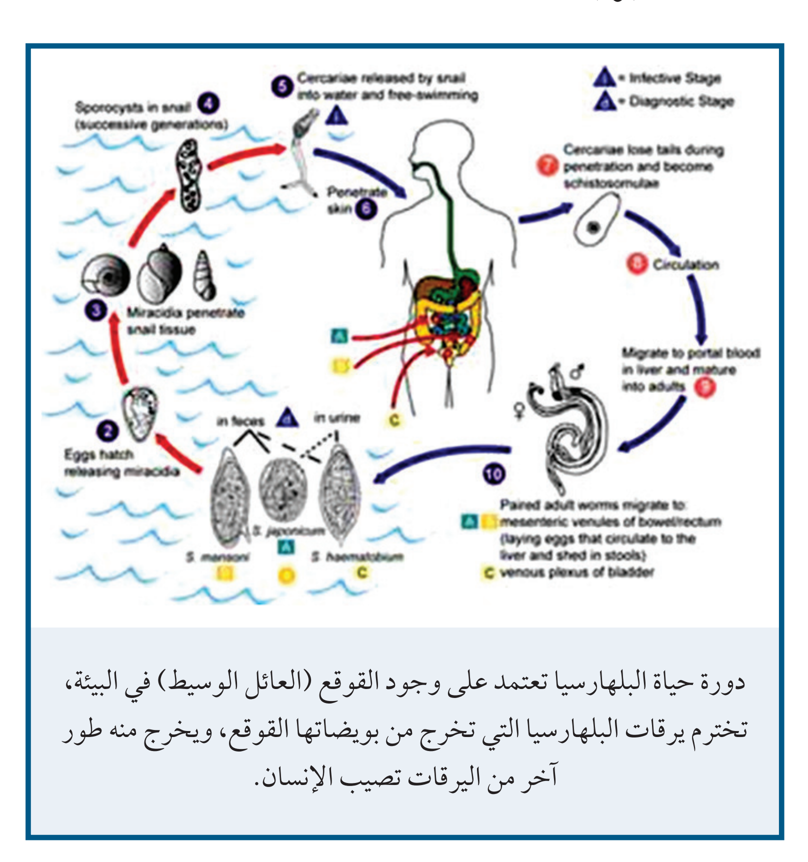
فهـي انقطاع حمـلات الملاريا بيـن حين وآخر نتيجـة لعقبات إداريـة أو ماليـة. أما التطعيـم ضد الملاريـا فهو خطـوة يتطلع العلمـاء إلـى الوصـول إليهـا.. والبحـوث فيهـا جاريـة علـى قدم وساق.

خلاصـة القـول هـو أن مشـروع مكافحـة الملاريـا مـن أكثـر مشـاريع مكافحـة الأمـراض نجاحـاً فـي المملكـة. والتحـدي الـذي نواجهـه الآن هـو المحافظـة علـى الوضـع القائـم فـي المناطـق التي اختفـى منها المـرض. والقضـاء عليه فـي المنطقة الجنوبية الغربية.

البلهارسيـــــا

البلهارسـيا مـرض معـد، يسـببه طفيلـي يعيـش فـي الأوردة الدمويـة المتصلـة بالقنـاة الهضميـة أو المسـالك البوليـة. الذكر والأنثـى مـن الطفيلـي لا يتجـاوز طولهمـا بضعـة مليمتـرات. يتـزاوج ذكـر الطفيلي وأنثـاه فـي الأوعية الدمويـة الدقيقـة. تفرز البلهارسـيا المعويـة بويضاتهـا المجهريـة مـزودة بشـوكة جانبيه تختـرق جـدران الأمعـاء أو شـوكة طرفيـة فـي حالـة البلهارسـيا البوليـة تختـرق بهـا جـدار المسـالك البوليـة لتخـرج البويضات مـع البـول أو البـراز. وإذا مـا وجـدت البويضـات مـاءً عذبـاً فقسـت عـن يرقـات (Miracidium) تسـبح فـي المـاء، فـإذا ما

التقت بقواقع البلهارسيا (العائل الوسيط) غزتها وتكاثرت داخلها. وبعد أسابيع يفرز القوقع المصاب طوراً آخر من يرقات البلهارسيا (Cercaria) تسبح هي الأخرى في الماء فإذا ما وجدت إنساناً هاجمته وسرت مسرى الدم منه. تؤدي الإصابة بالبلهارسيا إلى التهابات مزمنة في الجهاز الهضمي، والمسالك البولية.



دورة حياة البلهارسيا تعتمد على وجود القوقع (العائل الوسيط) في البيئة، تخترم يرقات البلهارسيا التي تخرج من بويضاتها القوقع، ويخرج منه طور آخر من اليرقات تصيب الإنسان.



طفيلي البلهارسيا تحتضن الأنثى الذكر ويعيشان في الأوعية الدموية الدقيقة في الجهازين الهضمي والبولي.

تنتشـر البلهارسـيا المعويـة والبوليـة فـي إفريقيـا، وبلـدان الشـرق الأوسـط، وأمريكا الجنوبية، وجـزر البحـر الكاريبي، أما البلهارسـيا اليابانيـة فموطنها الشـرق الأقصـى. وتعد البلهارسـيا ثاني أكثـر مرض طفيلي منتشـر فـي العالم بعـد الملاريـا. ويقدر عـدد المصابيـن بالبلهارسـيا بأنواعهـا الثلاثـة (المعويـة والبولية واليابانية) بحوالي ٢٠٠ مليون نسمة يقطنون في ٧٢ دولة.

علينـا أن نتذكـر دائمـاً أن البلهارسـيا لا تنتقـل مباشـرة مـن إنسـان إلـى آخـر، وإنمـا عـن طريـق القواقـع التـي تعيـش فـي المـيـاه العذبـة. وبطبيعة الحـال فإن انتشـار المـرض يتبع انتشـار القواقع.



تنتشر البلهارسيا في المناطق الريفية بوجود قواقع البلهارسيا على حوافي الأنهار والقنوات المائية. ينتقل الطفيلي من المريض إلى القوقع ومنه إلى الإنسان الصحيح فيصيبه بالمرض. الوقاية منه خير من العلاج.

البلهارسيا في المملكة العربية السعودية:

تقع المملكة العربية السعودية بين منطقتين موبوءتين بالبلهارسيا هما: حوض نهر النيل في مصر، وحوض نهري دجلة والفرات في العراق. وهناك دلائل تشير إلى أن استيطان المرض في مصر والعراق يعود إلى بضعة آلاف من السنين. كذلك توجد بؤرٌ للمرض في الدول الأخرى المحيطة بالمملكة مثل سورية ولبنان وفلسطين المحتلة واليمن وأثيوبيا والصومال والسودان. ولا شك أن المرض على مدى العصور قد عبر حدود المملكة منها وإليها عن طريق الهجرات السكانية، والتجارة، والحجيج. ومن المحتمل أن يكون استيطان المرض في المملكة يعود إلى عصور قديمة.

تنقسم المملكة جغرافيّاً (من الغرب إلى الشرق) إلى المنطقة الساحلية المحاذية للبحر الأحمر، وجبال السروات، وهضبة نجد، والحزام الصحراوي الذي يصل صحراء النفود شمالاً بالربع الخالي جنوباً مروراً بالدهناء، ثم حوض الخليج العربي. تكثر البؤر الطبيعية لقواقع البلهارسيا على قمم جبال السروات، حيث تتعدد مصادر المياه من جداول وينابيع، ومن قمم الجبال تنحدر القواقع بواسطة الأمطار والسيول إلى الوديان.

تجـري عبـر شـبه الجزيـرة مجموعـات مـن الوديـان أغلبهـا يجري مـن الغـرب فـي اتجـاه الشـرق مـن أهمهـا: وادي الرمة، ووادي حنيفـة، ووادي الدواسـر. وإذا مـا سـالت هـذه الوديـان بالميـاه حملت قواقـع البلهارسـيا إلى الواحـات والقـرى القريبة منهـا ثـم إلـى الواحـات والقـرى البعيـدة عـن طريـق السـيول الموسـمية حتى تصـل إلى أطـراف المملكـة. وتتقطع مسـارات الوديان الثلاثـة الكبرى عند حـدود الحزام الصحـراوي (النفود، والدهنـاء، والربـع الخالـي) ولا تتعـداه، ومـن هنـا فقـد خلـت المنطقة الشـرقية مـن قواقـع البلهارسـيا. وقد يكون هناك سـبب آخر هـو ارتفـاع نسـبة ملوحـة التربـة فـي المنطقـة الشـرقية مما لا يتيح فرصة لتوالد القواقع.

يوجـد فـي المملكـة فصيلتـان رئيسـتان مـن القواقـع همـا: القوقـع الوسـيط للبلهارسـيا المعويـة (Biomphalaria Arabica)، والقوقـع الوسـيط للبهارسـيا البوليـة (Bullins Truncates). ومـن الجديـر بالذكـر أن قواقـع البلهارسـيا عثـر عليهـا فـي الربـع الخالـي مما يـدل علـى أن صحـراء الجزيرة كانـت فيهـا أنهار أو ينابيع مياه في عصور غابرة.

قوقـع البلهارسـيا خنثـى، وفـي فتـرات الجفـاف يغـور القوقـع تحـت سـطح الأرض، ويبقـى كامناً لعـدة شـهور إلى أن تهطـل الأمطـار أو تجـري الوديـان بالسـيول، وعندهـا يبـرز إلى

سطح الأرض ويتكاثر. وفي فترة وجيزة قد يصل عدده إلى مئات الألوف.

عني المؤرخون والرحالة الذين جابوا الجزيرة العربية بأمراض أخرى مثل الطاعون، والهيضة (الكوليرا)، والجذام، والملاريا، أكثر مما عنوا بالبلهارسيا. أول من سجل وجود حالات البلهارسيا في الجزيرة العربية طبيب هندي لاحظ في عام ١٨٨٧م أن بعض الحجاج الهنود العائدين من الأراضي المقدسة كانوا يعانون من المرض. وتوارى الاهتمام بالبلهارسيا، ثم عاد إلى الظهور مرة أخرى منذ حوالي ٨٠ سنة، عندما لاحظ الأطباء بشركة أرامكو في المنطقة الشرقية وجود حالات متزايدة من البلهارسيا بين العاملين في الشركة.

في الخمسينيات الميلادية أشار خبراء منظمة الصحة العالمية إلى توطن البلهارسيا في بعض المناطق الزراعية بالمملكة، وتمكنوا من تحديد ٢٥ موطناً لها في أنحاء المملكة باستثناء المنطقة الشرقية التي لم يعثر فيها على قوقع البلهارسيا. وتوقع الخبراء احتمال انتشار المرض مع اتساع الرقعة الزراعية وزيادة عدد السكان.

فيما تلا من السنين، استرعت البلهارسيا اهتمام كثير من الباحثين، وأجريت العديد من الدراسات لمعرفة حجم المشكلة ومدى انتشارها، وأمكن تقسيم البؤر التي توجد

فيها القواقع إلى بؤر طبيعية هي ينابيع المياه والجداول ومياه السيول ومخلفات الأمطار، وبؤر غير طبيعية يصطنعها الإنسان تتمثل في مياه الآبار والبرك والسدود. ووجد أن الإصابة بالمرض غير منتظمة. كما وجد أنه من النادر أن تجتمع البلهارسيا المعوية والبولية في مكان واحد. ووجد أن معدل الإصابة بين الذكور أعلى من الإناث، وأن هناك علاقة بين البلهارسيا وحصوات المسالك البولية.

كان معدل الإصابة بالمرض في المملكة في الثمانينيات الميلادية تبعاً لإحصاءات وزارة الصحة ٦,٥٪ ويأخذ انتشار المرض نمطاً غير منتظم، إذ يتراوح معدل الإصابة في المنطقة الواحدة من صفر إلى ٧٠٪ وهناك عدة عوامل تحدد مدى انتشار المرض من أهمها صلاحية البيئة لنمو وتكاثر القواقع، بالاضافة إلى أسلوب الحياة الخاطئ. فالتبول والتبرز في الماء الجاري أو الراكد يعرضانه للتلوث، والاستحمام أو الخوض في الماء الملوث يعرضان الإنسان للإصابة بالمرض.

ينتشر المرض أساساً بين صغار السن خاصة أطفال ما قبل المدرسة، ويصيب المرض الذكور أكثر من الإناث، ما عدا في بعض المجتمعات التي تتولى الإناث فيها جلب الماء من الوادي أو النبع. ويتبع معدل الانتشار مواسم

هطـول الأمطـار فيـزداد بازديادهـا ويقـل نسـبيّاً فـي فتـرات الجفاف.

ونتيجة للتطـور الاقتصـادي والاجتماعي الذي عاشـته المملكة العربية السـعودية في السـنوات الأخيـرة انخفض معـدل الإصابة بالبلهارسـيا. إلا أنـه عرضـة للارتفاع مـن وقت لآخـر في بعض المناطـق، نتيجـة لتوافـد الأيـدي العاملـة الأجنبيـة مـن دول تستوطن فيها البلهارسيا أو نتيجة للتغيرات البيئية.

الوقايـة مـن المـرض:

تشـهد المملكة العربية السـعودية حاليّـاً نهضة عمرانيـة وزراعية مباركـة ولكننا يجـب أن نأخـذ حذرنا. فـأي تغييـر يحدثه الإنسـان في البيئـة قد ينتج عنـه ردود فعل عكسـية. على سـبيل المثـال تقوم فـي المملكـة حاليّـاً مشـروعات عديـدة للـري، والصـرف، وبنـاء السـدود، واسـتصلاح الأراضـي. وإذا لـم تـدرس التغيـرات البيئية التـي سـتنجم عـن هـذه المشـروعات دراسـة جـادة، فقـد تـؤدي بعض هـذه المشـروعات إلـى مشـكلة البلهارسـيا، وحتـى المنطقة الشـرقية مـع أنـه لا توجـد فيهـا حاليّـاً قواقـع البلهارسـيا، إلا أن احتمال دخولها وارد نتيجة للتوسع في مشروعات الري.

نعطـي هنـا مثـلاً للتغيـرات البيئيـة التـي تؤثـر علـى معـدل الإصابة بالمرض.

ففي منطقة الباحة أنشئت مجموعة من السدود، وسرعان ما أصبحت المياه المتجمعة وراءها موطناً للبلهارسيا. وظاهرة تحول البحيرات التي تتكون وراء السدود إلى بؤر للبلهارسيا ظاهرة معروفة، وأكبر شاهد عليها هو ما حدث في بحيرة ناصر التي تكونت وراء السد العالي في مصر حيث استوطنتها البلهارسيا. وامتد تأثير السد العالي إلى منطقة الدلتا فاستوطنت البلهارسيا في قرى لم تكن موجودة فيها قبلاً. ولم تنتشر البلهارسيا في مصر أساساً إلا بعد أن أدخل إليها نظام الري الدائم لتنمية محصول القطن.

والخلاصة... أن مشكلة البلهارسيا في المملكة يمكن التحكم فيها إلى حد بعيد باعتبار أن بؤر المرض في أغلبها محدودة بالينابيع والآبار وتجمعات المياه والبرك. نجاح المكافحة يعتمد على مدى تدريب العاملين في مشروع المكافحة، وعلى تنسيق وسائل المكافحة بين الجهات المختلفة. وأهم من هذا وذاك التركيز على إصحاح البيئة والتثقيف الصحي. أما التطور الذي نلحظه في السنوات الأخيرة في مجال الرعاية الصحية الأولية فسوف يسهم - إن شاء الله - في استئصال شأفة المرض وبخاصة إذا ما تم التركيز على العلاج والوقاية في آن واحد.

نماذج من المشكلات الصحية المزمنة

كما سبق أن قلنا في الفصل الخاص بالأمراض المعدية، سوف نختار في هذا الفصل بضعاً محدودة من المشكلات الصحية المزمنة يتعرف الدارس من خلالها على أسبابها ودواعيها وبعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تحيط بها، ووسائل الوقاية منها. ويدرك من خلال هذه النماذج أن الحد من المشكلات الصحية المزمنة لا يتأتى فقط بعلاج المشكلة بعد أن تحدث، وإنما أيضاً وإلى حد بعيد باكتشافها مبكراً، وهذا يعني التعامل معها ومع العوامل المسببة لها في المجتمع. كما نذكر بأن الأمر يتطلب من العامل الصحي أن يزيد من معلوماته عن المشكلات الصحية في مجتمعه بمداومة القراءة والاطلاع وحضور الندوات العلمية والمؤتمرات.

سوء التغذية

تعود أسباب سوء التغذية إلى عوامل اقتصادية، أو جهل بالقيمة الغذائية للمواد الغذائية المتوفرة في المجتمع، أو إلى

العادات والتقاليد الخاطئة، أو إلى أمراض تضعف الجسم وتقلل من قدرته على الاستفادة من الغذاء. تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن ثلثي سكان العالم يعيشون في مناطق يسودها سوء التغذية، وأن حوالي ١٥٪ من سكان العالم يعانون من مجاعات أو سوء تغذية.

سوء التغذية يعني نقص عنصر أو أكثر من العناصر الأساسية للغذاء. أما أعراضها ومظاهرها فهي في مجملها الضعف العام وسرعة الإرهاق والتعب وعدم التركيز.

وقد يجد الباحث المدقق مظاهر لسوء التغذية تتمثل في تدني مقياس الطول والوزن بالنسبة للعمر، أو وجود تشققات عند زوايا الفم، أو مادة دهنية عند جانبي الأنف، أو تقشف في الجلد، أو جفاف في ملتحمة العينين. وهناك مظهر آخر لسوء التغذية وهو البدانة والزيادة في الوزن بما قد يصاحبها من مشكلات مرضية مثل الداء السكري وضغط الدم.

يعتمد علاج سوء التغذية أساساً على تعويض العناصر المفقودة (والتي يتم التعرف عليها بواسطة التحاليل المختبرية)، أما الوقاية وهي الأجدى والتي يجب أن يبذل من أجلها الوقت والجهد والمال، فتأتي عن طريق التثقيف الصحي الذي يجعل أفراد المجتمع على وعي كاف بأساسيات التغذية، ليس ذلك فحسب وإنما أيضاً تبني سلوكٍ صحيٍّ في

الغذاء. ولو أنك حدثت التلميذ في المدرسة ليل نهار عن فضل الفاكهة على السكريات والمعجنات، بينما أنت تعرض عليه السكريات والمعجنات في مقصف المدرسة بدل الفاكهة وتعرض عليه المشروبات الغازية بدلاً من الحليب، لما تقدمت خطوة واحدة في سبيل تثقيفه.



السمنة خطر على الصحة.
مهمة التثقيف الصحي الإسهام في تغيير السلوك إلى الأفضل وليس فقط إيصال المعلومة.

الصحة الغذائية في المملكة:

أجريت عدة دراسات في المملكة العربية السعودية لتحديد أبعاد الصحة الغذائية، وجميعها توحي بأن تحسناً واضحاً قد طرأ على الوضع الغذائي لسكان المملكة في العقود الأربعة الأخيرة نتيجة للتطور الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي.

من أوائل الدراسات دراسة أجريت في عام ١٩٥٧م بين عمال شركة الزيت العربية الأمريكية (أرامكو) وجد من خلالها أن غذاء العمال غير كاف مقارنة بالمعدلات العالمية. كما وجد أن ٣٩٪ من العمال الذين فحصوا كان لديهم نقص في الوزن مقارنة بمعدلات العمال في أمريكا. ومن البدهي أن الفوارق بين عمال شركة أرامكو والعمال الأمريكيين تعود في بعض جوانبها إلى اختلاف الاستعداد الوراثي والسلالة. كما وجد في مقابل انخفاض الوزن بين العمال السعوديين انخفاض في نسبة الإصابة بينهم بتصلب الشرايين.

في عام ١٩٦٧م أجريت في تربة البقوم قرب الطائف دراسة حقلية بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة. ومن بين ٣٣٢ طفلاً فحصوا كان ٦٪ منهم لديهم سوء تغذية. وقد لوحظت في الدراسة ظاهرة تستحق الالتفات، وهي أنه لم تكن هناك فوارق في الأوزان والأطوال بين الذكور والإناث في مجتمع القرية. ولكنها وجدت في مجتمع البادية. وقد

يعزى ذلـك إلى احتمـال أن تغذيـة الأطفـال الذكور فـي مجتمع الباديـة أفضـل مـن تغذيـة الأطفـال الإنـاث نتيجـة للعـادات والتقاليد.

بالإضافة إلى الدراسـات السـابقة التـي اعتمدت على القياسـات الأنثروبومتريـة والسـريرية اهتـم الباحثـون بتحديـد مسـتوى خضـاب الـدم (الهيموجلوبيـن) فـي الـدم إذ إنه يعكـس إلى حد بعيـد الأسـباب الرئيسـة وراء فقـر الـدم بيـن السـيدات أثنـاء الحمل والولادة.

قبل عـام ١٩٨٠ لم يلتفـت الباحثون إلى مشـكلة ليـن العظام بيـن الأطفـال فـي المملكـة باعتبـار أنهـا بلـد مشـمس، إلـى أن أجريـت دراسـة فـي مستشـفى الـولادة والأطفـال فـي الريـاض اسـتغرقت نحـو سـنة وكشـفت عـن وجـود ٣١ حالـة لأطفـال مصابيـن بليـن العظـام نتيجـة لنقـص فيتاميـن (د) فـي الجسـم. ووجـد أن أكثرهـم قدمـوا مـن مسـتويات اجتماعيـة واقتصاديـة منخفضـة نسـبيّاً. ومـن المعـروف أن فيتاميـن (د) يتكـون فـي الجسـم بتأثيـر مـن أشـعة الشـمس كمـا يوجـد فـي بعـض أنواع الطعـام، ومن هنـا كانـت النتائج غيـر متوقعة فـي بلـد كالمملكة يتمتـع بقـدر عال مـن أشـعة الشـمس. وفـي دراسـة نشـرت في عـام ٢٠٠٣ شـملت ١٣,٠٠٠ طفـل فـي المستشـفى الجامعـي بجدة وجد أن نسبة الأطفال المصابين بلين العظام ٥٪.

وقـد عزيـت المشـكلة إلـى عـدم تعريـض الأطفـال لأشـعة الشـمس بقـدر كاف؛ كأن يلف الطفـل بملابس كثيفـة أو أن يبقى داخـل البيـت لفتـرات طويلـة، أخـذاً فـي الاعتبـار أن زجـاج النوافذ لا يسمح بنفاذ الأشعة فوق البنفسجية إلا بمقدار.

عـزا الباحثـون نقـص فيتاميـن (د) فـي الـدم بيـن كبار السـن إلـى تجنبهـم لأشـعة الشـمس، وإلـى نقـص فيتاميـن (د) فـي غذائهـم. واسـتبعدت طريقـة اللبـس كسـبب رئيـس وراء هـذا النقـص، إذ إنـه بدراسـة مجموعـة مـن الطالبـات السـعوديات المحجبات وجد أن نسبة فيتامين (د) في أجسامهن كافية.

والخلاصة هي أن الباحثين أوصوا بإضافة فيتامين (د) إلى اللبن ومشتقاته، وتطوير النظام الهندسي في بناء البيوت كي يسمح لقدر أكبر من أشعة الشمس بالدخول، وبإعطاء فيتامين (د) للطفل في الشهور الأولى من حياته، وتعريض الأطفال إلى قدر كاف من أشعة الشمس خاصة في الصباح الباكر وفي الأصيل.

أحـد أسـباب سـوء التغذيـة لـدى الأطفـال هـو عـدم إرضـاع الأمهـات لأطفالهـن والاسـتعاضة عـن ذلـك بالإرضـاع الصناعي، بالإضافـة إلى عـدم إعطاء الأطفـال غـذاء إضافيّـاً إلى جانـب اللبن في الشـهور الأولـى من الحيـاة. الإرضـاع الصناعي – مـن الزجاجة – أصبح يكون مشـكلة في حيـاة الأطفال فـي كثير مـن المجتمعات ذلـك أن كثيـراً مـن الأمهـات تحولن إلـى الإرضـاع الصناعـي على

تصور خاطئ بأنـه من مسـتلزمات التطـور الحضـاري، أو أنه يحفظ للأم قوامها، مع أن العكس هو الصحيح.

وعندمـا سـئلت مجموعـة مـن الأمهـات عـن السـبب وراء إرضـاع أطفالهن مـن الزجاجـة، ذكـرت الغالبيـة العظمـى منهن أن ذلك يعـود إلى عـدم كفايـة اللبـن فـي أثدائهن. وهـي دعوى شـائعة ولكنهـا غير صحيحـة، فلبـن الأم عـادة كاف ولكـن عدم إلقـام الطفـل الثـدي منـذ أول يـوم يـؤدي إلـى قلـة إدرار اللبـن وبالتالي إلى توقفه بعد حين.

وهنـاك جـدال قائـم حـول مـدى تأثيـر التغيـر الذي طـرأ في أسـلوب الغـذاء علـى الصحـة العامة فـي المملكـة. فهنـاك رأي تدعمـه بعض الدراسـات يقـول إن صحـة الأطفال في السـنوات الأخيرة تحسـنت بارتفـاع المسـتوى الاقتصادي وانتشـار الوعي الصحي. وفـي الوقت نفسـه يبرز رأي معـارض مـؤداه أن الغذاء التقليـدي الـذي كان يعتمـد أساسـاً علـى اللبـن والتمـر والخبـز الأسـمر والمرقوق والقرصـان أفضل مـن الأغذيـة الحديثة التي تعتمد علـى الأرز والمربـى والمعجنـات والمواد السـكرية. وقد يكـون كلا الرأييـن صائبـاً فـي بعـض جوانبـه، فبقـدر مـا ارتفـع مسـتوى الصحة نتيجة لارتفـاع المسـتوى الاقتصـادي والغذائي أصبنـا فـي مجتمعنـا بـأدواء طـرأت علينـا مثـل: داء السـكري وأمـراض القلـب وتصلـب الشـرايين نتيجـة الإفـراط فـي الأكل وزيادة نسبة السكريات والدهون فيه وقلة الحركة.



في السمنة تكمن مخاطر صحية كثيرة من بينها أمراض القلب والشرايين والسكري والضغط. السياسة الغذائية الصحيحة تقلل من انتشار السمنة.

في دراسة شملت ٢٣,٠٠٠ طفل وجد أن أوزان وأطوال الأطفال السعوديين عند الولادة مماثلة تقريباً لأوزان الأطفال الأمريكيين في الفئة العمرية نفسها. ولكن عند الخامسة من العمر نجد أن الأطفال السعوديين أقل وزناً وأقصر قامة من الأطفال الأمريكيين وقد عزيت الأسباب إلى الفوارق الجينية والبيئية.

وفي دراسة نشرت عام ٢٠٠٥ وشملت ١٧,٠٠٠ سعودي في سن ٣٠ - ٧٠ سنة وجد أن ٣٧٪ منهم لديهم زيادة في الوزن، ووجد أن زيادة الوزن منتشرة أكثر بين الذكور. ووجد أن ٣٪ منهم يعانون من البدانة المفرطة. ونصح الباحثون

بضرورة عمل دراسة شاملة لتبيين العوامل الاقتصادية والاجتماعية للمشكلة تمهيداً لوضع خطة عمل لحلها.

وباختصار، فإن مشكلة سوء التغذية في المملكة العربية السعودية إجمالاً محدودة وليست شديدة الوطأة. والموجود منها يتمثل في: قلة الوزن أو زيادته أو فقر الدم أو لين العظام في بعض المجتمعات. وتعود أسباب سوء التغذية في الغالب إلى عدم وجود الوعي الكافي، وإلى مفاهيم خاطئة حيال القيم الغذائية، أكثر مما تعود إلى أسباب اقتصادية بحتة. ومن هنا يجب الاهتمام بتطوير برامج التثقيف الصحي عن طريق وسائل الإعلام، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، كما ينصح بإعطاء وجبة غذائية لتلامذة المدارس خاصة في القرى وبعض مجتمعات المدن.

في الوقت نفسه نجد أن عملية الهجرة إلى المدن وتوطين البادية والاتصال السريع بالعالم الخارجي، أدت إلى تغيرات اقتصادية واجتماعية وسلوكية في المدينة والقرية. هذه التغيرات السريعة بقدر ما حملت إلينا من خيرات حملت في طياتها بعض السيئات من ضمنها: البدانة وارتفاع نسبة الكوليسترول والداء السكري لدى بعض الفئات من المواطنين، ومن هنا كانت ضرورة العمل على زيادة الوعي لدى السكان لترشيد هذه التغيرات السريعة وتوجيهها التوجيه الصحيح.



أحد مشاكل التغذية في العصر الحديث ما يسمى بالأكل السريع، والذي يكون عادة مشحونًا بالدهون وبمواد غير صحية.

الداء السكري

تعود معرفة الإنسان للداء السكري إلى أزمنة سحيقة في التاريخ، وفي أوراق البردي المصرية التي ترجع إلى بضعة آلاف من السنين وجد وصف واف للمرض، وقبل ميلاد السيد المسيح - عليه السلام - وصف الأطباء اليونانيون الداء السكري فأوفوا على من سبق، وفي القرن الثاني الميلادي

أطلق على المرض اسم الدايبيتس (ومعناه السيفون) دلالة على كثرة التبول، ومع بداية القرن العشرين الميلادي عرفت علاقة نقص الإنسولين بالداء السكري.



الاكتشاف المبكر للمرض السكري مدعاة للعلاج المبكر، كما أنه أفضل وسيلة للوقاية منه.

الداء السكري يسببه نقص نسبي في هرمون الإنسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس مما ينتج عنه ضعف مقدرة الجسم على التمثيل الغذائي للسكر في الدم، ويصاحب ذلك في أحوال كثيرة اضطراب في التمثيل الغذائي للبروتينات والمواد الدهنية. لا يعرف سبب محدد للمرض ولكن هناك

عوامل كثيرة تساعد على ظهوره منها: البدانة، وقلة النشاط الجسماني، والاستعداد الوراثي لدى الإنسان.

يوجد نوعان أساسيان من الداء السكري، وإن كانا في الواقع يمثلان امتداداً لمرض واحد. النوع الأول هو الداء السكري الذي يعتمد في علاجه على الإنسولين وهو عادة شديد الوطأة ويصيب صغار السن وقد يكون سببه التهاباً حمويّاً (فيروسيّاً) ولكن العلم لم يتحقق من ذلك بعد. أما النوع الثاني من الداء السكري فلا يعتمد على الإنسولين في علاجه ويصيب عادة كبار السن ولا تصاحبه المضاعفات نفسها التي تصاحب النوع الأول. والداء السكري كثيراً ما نراه يسري في أفراد العائلة الواحدة.. يتوارثون الاستعداد للإصابة به جيلاً بعد جيل.

تشمل أعراض الداء السكري زيادة العطش، وإدرار البول، والنهم إلى الطعام، ونقص الوزن، والضعف العام، وحكة في منطقة العانة خاصة لدى السيدات.

أما مضاعفاته فتنعكس أساساً على العينين والكليتين والجهاز العصبي والدورة الدموية. وتزداد مضاعفاته في حالة البدانة لأن الجسم يحتاج في هذه الحالة إلى كمية أكبر من الإنسولين مع عجز البنكرياس عن إفرازه. ومن هنا نجد أن

المجتمعـات التـي يقـل فيهـا الـداء السـكري إذا حـدث وارتفع مستوى الدخـل والمعيشـة فيهـا وزادت كميـة الغـذاء الـذي يتناوله الإنسـان علـى حاجته برزت فيها مشـكلة الداء السـكري. وهـذا مـا حـدث فـي المملكـة العربيـة السـعودية فقـد ارتفعت نسـبة الداء السـكري فـي السـنوات الأخيرة عمـا كانـت عليه من قبـل بسـبب ارتفـاع مسـتوى المعيشـة وتوفـر أنـواع كثيـرة مـن الأغذية.

وتبعـاً لدراسـات منظمـة الصحـة العالميـة يكـون الـداء السـكري مشـكلة عالمية تصيب البشـر في أنحاء العالـم. وهناك علاقـة متداخلة بيـن الاسـتعداد الوراثـي للمرض وعوامـل البيئة التـي تحيط بالإنسـان، بما فـي ذلك نمـط الحياة ودرجة النشـاط الجسـماني وأسـلوب الغـذاء. ويكثـر انتشـار المـرض بيـن البدينين والذين لا يمارسون نشاطا جسميّاً أو رياضيّاً.

يتراوح معـدل حدوث داء السـكري لـدى الأطفال مـن ٦ في المليـون في السـنة فـي اليابـان إلـى ٢٩٠ فـي المليون في السـنة فـي فنلنـدا، أمـا بيـن الكبـار ممـن تجـاوزوا الأربعين مـن العمر فيتـراوح معـدل انتشـار المـرض فـي الولايـات المتحـدة الأمريكيـة مـن ٢ فـي الألـف بيـن السـكان البيـض إلـى ٥٧ في الألف بين بعض قبائل الهنود الحمر في أريزونا.

مشكلة الداء السكري في المملكة العربية السعودية :

مع أن الداء السكري استقطب اهتمام الباحثين في المملكة وعقدت من أجله العديد من الاجتماعات الطبية في السنوات الأخيرة إلا أن الدراسات التي نشرت عنه قليلة، كما أنها أجريت في مناطق محدودة وغالباً بين مرضى المستشفيات وهم - بدهيّاً - لا يمثلون سكان المملكة. ومن المتعارف عليه أن وجود السكر في البول يدل على وجود الداء السكري، إلا أن بعض الأبحاث أثبتت أن أغلبية المرضى السعوديين المصابين بالداء السكري لا توجد في بولهم آثار للسكر. وخلص الباحثون إلى أن قياس السكر في البول لدى السعوديين لا يكفي للدلالة على مرض السكر، ومن هنا يجب أن يكون الاعتماد في تشخيص الداء على قياس نسبة السكر في الدم.

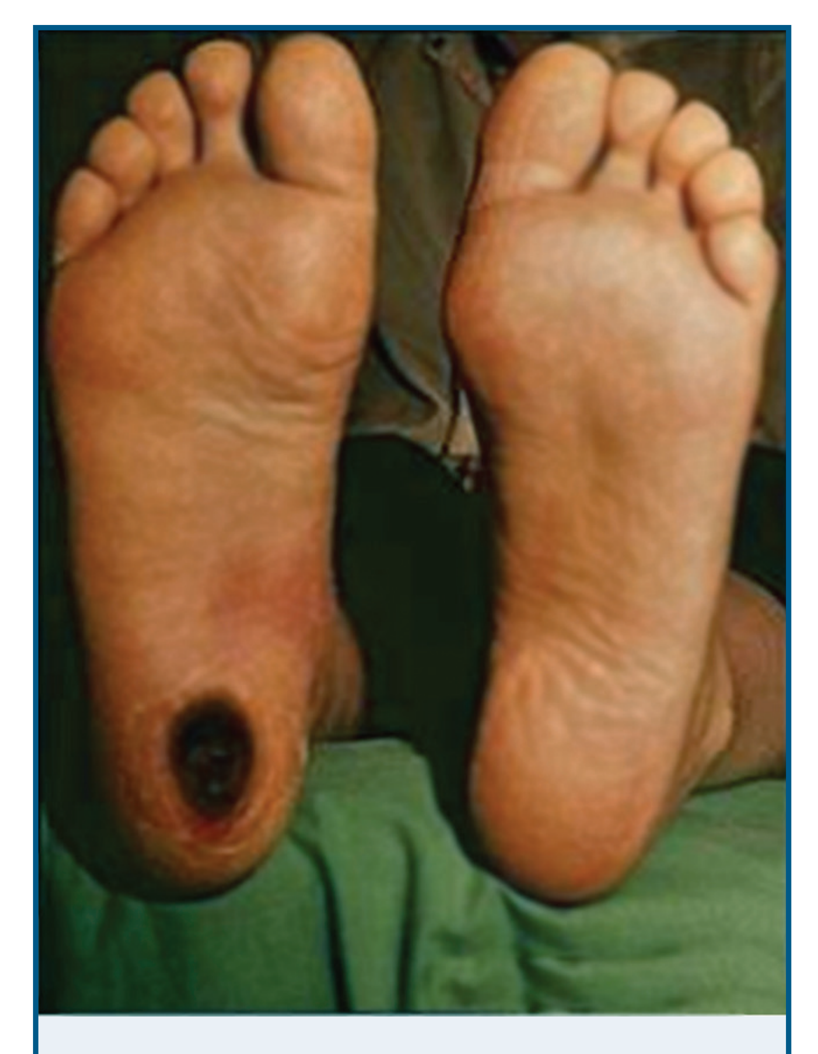
وفي دراسة عن مرضى السكر نشرت في عام ٢٠٠٤ وجد أن معدل الإصابة بمرض السكر بين الكبار ٢٤٪ وهي نسبة عالية جدّاً، إذا قورنت بالمتوسط العالمي للإصابة بالمرض وما ذاك إلا للتغيرات التي حصلت في العقود الأخيرة في أسلوب الحياة، بما في ذلك الطعام الدسم وقلة الحركة والضغوط النفسية. أضف إلى ذلك

احتمال الاستعداد الوراثي لدى المواطنين وكثرة زواج الأقارب. وقد وجد أن ٢٧٪ من المصابين بالسكر لم يكونوا على دراية بأنهم مصابون به. كما وجد أن معدل الإصابة بين سكان المدن أكثر من معدله بين سكان القرى أو البادية.

الوقاية من المرض:

معلوماتنا عن الداء السكري في المملكة العربية السعودية ما زالت محدودة. ومع قلتها فهي توحي بأن مشكلة الداء السكري ظهرت مؤخراً في المملكة نتيجة للارتفاع في المستوى المعيشي والاقتصادي وتغير النظام الغذائي للسكان خاصة في المدن. ولا ننسى أن تحسن وسائل التشخيص ساعدت على إبراز المشكلة.

وحتى نكافح مرضاً يصيب نحواً من ٢٤٪ من السكان يجب أن نتوسع في نشر الوعي الصحي والتشخيص المبكر بهدف العلاج المبكر أي يجب أن يقرن العلاج بالوقاية. ويجب أن تركز برامج التوعية الصحية على أهمية الرياضة البدنية المنتظمة، والغذاء المعتدل المتناسق، وتجنب البدانة والقلق الشديد، ويفضل عدم الزواج من داخل العائلة إذا كان فيها تاريخ للمرض.



قروح القدم واحدة من مضاعفات مرض السكري.
وقد تنتهي إلى بتر القدم. يمكن الوقاية منها بالتثقيف الصحي
والعلاج المبكر.

فقر الدم المنجلي

أول حالة فقر دم منجلي وصفت كانت حالة طالب طب من جامايكا في عام ١٩١٠م. فقد لوحظ أن كريات الدم الحمراء لديه إذا ما نزع منها الأكسجين في المختبر يصبح شكلها مثل المنجل ويسهل تحللها وتكسرها بما يترتب على ذلك من فقر في الدم وما يصاحبه من مضاعفات. وبينت الدراسات التي أجريت فيما تلا من سنين أن سبب فقر الدم المنجلي وجود خضاب دم (هيموجلوبين) شاذ في كريات الدم الحمراء يختلف في تركيبه عن خضاب الدم السوي وتوالت الاكتشافات حتى عرف عند الإنسان ٢٣٠ نوعاً من خضاب الدم مختلفة عن خضاب الدم السوي ومنتشرة في أجزاء متفرقة من العالم. وسميت أغلب هذه الأنواع بأسماء الأماكن التي اكتشفت فيها لأول مرة. أحد هذه الأنواع سمي بخضاب دم الرياض وقد شارك في اكتشافه الدكتور محسن الحازمي . الأغلبية العظمى (حوالي الثلثين) من خضابات الدم غير السوية لا تسبب أعراضاً مرضية.

فقر الدم المنجلي مرض وراثي يرثه الإنسان أو يرث الاستعداد له من أبويه. فمن المعروف أن جينات الوراثة تتحكم في شكل الإنسان واستعداداته النفسية والعقلية واحتمال إصابته بالأمراض. والإنسان يرث نصف جينات

الوراثة من أبيه والنصف الآخر من أمه. وخضاب الدم في كريات الدم الحمراء مثله مثل غيره من مكونات الجسم البشري تتحكم في تركيبه جينات الوراثة.

نستطيع أن نتصور عدد كريات الدم الحمراء في جسم الإنسان إذا ما عرفنا أن في المليمتر المكعب من الدم يوجد حوالي خمسة ملايين كرة دموية حمراء. تعيش الكرة الحمراء حوالي ١٢٠ يوماً تموت بعدها ليولد غيرها، ولهذا فإن دم الإنسان يتجدد باستمرار. المهمة الأساسية لكريات الدم الحمراء هي: نقل الأكسجين من الرئتين إلى خلايا الجسم حيث تتم عملية الاحتراق والتمثيل الغذائي ثم يعود الدم بثاني أكسيد الكربون من الخلايا إلى الرئتين للتخلص منه. وإذا ما انخفضت كمية خضاب الدم أو اختل تركيبه لأي سبب من الأسباب (كما هو الحال في فقر الدم المنجلي) ضعفت قدرة الدم على حمل الأكسجين إلى الخلايا.

يولد الإنسان عادة بخضاب دم سوي التركيب ولكنه قد يرث جينة مختلة من أحد أبويه، وبالتالي يرث الاستعداد للمرض ويعيش عادة صحيحاً معافىً. أما إذا كان كلا الأبوين مصاباً بالمرض أو كلاهما لديه الاستعداد للمرض فهناك احتمال في أن يرث الإنسان جينتين مختلتين من أبويه وبالتالي قد يصاب بفقر الدم المنجلي. وفي هذه الحالة

تكون الكريات الحمراء على شكل المنجل سهلة التكسر والتحلل.



كريات الدم الحمراء المصابة بالأنيميا المنجلية على شكل المنجل أو الهلال كما تبدو مكبرة تحت الميكروسكوب.

أعراض المرض:

فقر الدم المنجلي يصاحبه خمول وإعياء وآلام في الجسم وبخاصة في البطن، تأتي الأعراض على هيئة نوبات تذهب وتجيء، تكثر بين الصغار وتقل وتتباعد بين الكبار، وقد يصاب المريض بتضخم الطحال واليرقان.

الأنيميا المنجلية في المملكة العربية السعودية:

أعراض الأنيميا المنجلية في المملكة أخف وطأة من الأعراض التي بين الأمريكيين من أصل أفريقي أو في إفريقيا. وقد وجد أن المرضى في حوض البحر الأبيض المتوسط يعيشون حياة مديدة بعكس أقرانهم من السود في أمريكا وإفريقيا الذين تتأثر حياتهم بالمرض.

من المعتقد أن جينة فقر الدم المنجلي تحورت بقدرة الله عن الجينات الطبيعية، وأنها ظهرت أول ما ظهرت في إفريقيا الاستوائية ومنها انتقلت إلى أماكن متفرقة في العالم نتيجة للهجرات أو تجارة الرقيق. وأكبر نسبة من مرض فقر الدم المنجلي في العالم نجدها في شرق إفريقيا، حيث إن ٤٠٪ من سكان بعض القبائل يحملون جينات المرض. وفي أمريكا الشمالية نجد أن ٩٪ من السود لديهم الاستعداد الوراثي للمرض، وحوالي واحد في الألف منهم مصابون بالمرض.

في المملكة العربية السعودية نجد أكبر نسبة من المصابين بفقر الدم المنجلي في المنطقة الشرقية. وتعود أسباب وجوده إلى عوامل متداخلة، منها ما هو بيئي ومنها ما هو وراثي. فالمنطقة الشرقية كانت قديماً مركزاً لتجارة الرقيق من زنوج أفريقيا الذين حملوا معهم جينات المرض. وقبل الخمسينيات الميلادية لم تشخص حالة واحدة لفقر

الدم المنجلي في المملكة، والسبب هو تفشي مرض البرداء (الملاريا)، ومن ثم فالمريض بفقر الدم أو تضخم الطحال كان يشخص على أنه مريض بالبرداء. أما المرضى الذين كان لديهم يرقان، فكان يعزى الأمر إلى إصابتهم بالتهاب الكبد الحموي (الفيروسي). مع بداية اكتشاف الجينة المسببة لفقر الدم المنجلي في المنطقة الشرقية في الخمسينيات الميلادية بدأ الأطباء يدركون أنه أحد الأسباب الرئيسة وراء فقر الدم.

في عام ١٩٥٧م أجريت دراسة في المنطقة الشرقية ووجد من خلالها أن نسبة الذين لديهم الاستعداد للمرض (وليس المرض نفسه) بين القاطنين فيها تبلغ ١٠٪ . أما بين القادمين إليها من مناطق أخرى فلا تزيد النسبة بينهم على ١٪. كما وجد أن الجينات التي تسبب فقر الدم المنجلي تساعد على حماية المصاب من الملاريا، والسبب في ذلك أن إصابة كريات الدم الحمراء بفقر الدم المنجلي تجعلها غير قابلة لنمو طفيلي الملاريا في داخلها.

الوضع الحالي في المملكة العربية السعودية :

يتوزع فقر الدم المنجلي في الجزيرة العربية بشكل غير منتظم، وأعلى معدل لوجوده في المناطق الزراعية التي كانت تستوطنها البرداء فيما مضى.

الأماكن الأساسية للأنيميا المنجلية في المملكة هي واحتا القطيف والأحساء في المنطقة الشرقية، وقرى خيبر إلى جوار المدينة، وتهامة عسير في الجنوب الغربي من المملكة. وكلها مناطق زراعية كانت في وقت ما موبوءة بالبرداء. وما زالت تهامة عسير فيها بؤر للبرداء إلى اليوم.

وفي دراسة أجريت في المنطقة الشرقية عام ١٩٨٠م شملت ٢٣٤١ طفلاً حديثي الولادة، وجد منهم ٧٨٪ أصحاء و٢٠٪ لديهم الاستعداد لفقر الدم المنجلي و٢٪ مصابون بالمرض. وقد وجد أن مضاعفات المرض أقل وطأة بكثير من المضاعفات التي سجلت بين المرضى من السود في أمريكا الشمالية أو في جامايكا.

الوقاية من المرض:

لا يوجد علاج محدد لفقر الدم المنجلي، ولكن الارتفاع في مستوى المعيشة والتغذية الجيدة والرعاية الصحية جميعها تؤدي إلى انخفاض معدل انتشار المرض. أما أهم عناصر مكافحة المرض فهو التشخيص المبكر خاصة عند الأطفال الحديثي الولادة، ومن ثم إحاطة الطفل المريض منذ بداية حياته برعاية صحية كافية. كذلك ينصح بالإقلال من تزاوج الأقارب حتى لا تجتمع الفصائل الضعيفة

المتوارثـة مـن الأبويـن فـي أطفالهمـا. وقد أحسـن المسـئولون فـي بلادنـا صنعـاً بسـن قانـون يقضـي بفحـص المقبليـن علـى الـزواج، حتى يتسـنى معرفـة مـا إذا كان لـدى أي منهم اسـتعداد لنقـل مـرض وراثـي - وبخاصـة الأنيميـا المنجليـة- إلـى ذريته فيما بعد الزواج.

أمـراض السرطـان

السـرطان نمـو غيـر منتظـم يطـرأ علـى بعـض خلايا الجسـم مما يجعلهـا تتكاثـر، هذه الخلايـا السـرطانية قد تغـزو أي مكان في الجسم وأي نوع من أنواع الخلايا.

تعـزى بعـض أنـواع السـرطان إلـى عوامـل بيئيـة بعضهـا كيميائي مثـل: النيكوتين والقطـران، وبعضها طبيعي كالإشـعاع، وبعضهـا حيـوي كالحمـات (الفيروسـات)، بالاضافـة إلـى أن العامـل الوراثـي لـدى الإنسـان يحـدد مـدى اسـتعداده للإصابة بالمرض. أغلـب الأورام التي تصيب جسـم الإنسـان هـي أورام حميدة، والقلة منها أورام سرطانية.

الوقاية مـن السـرطان ممكنة. هنـاك الوقاية الأوليـة التي تركز على تفـادي الإصابـة بالمرض بتفـادي الأسـباب البيئيـة المؤدية له مثـل الامتنـاع عـن التدخيـن أو عـدم التعـرض لمقاديـر عالية مـن الإشـعاع. وهنـاك الخـط الثانـي مـن الوقايـة الـذي يعتمـد

على التشخيص المبكر والعلاج المبكر للحد من انتشاره ومضاعفاته.

ما كتب ونشر عن السرطان في المملكة العربية السعودية أكثر مما كتب ونشر عن أي مرض آخر. تشير الدراسات إلى أن معدل انتشار السرطان في المملكة ٧٠ حالة في كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة، بيد أن الدراسات التي أجريت كان أكثرها في المستشفيات، ومن هنا فإن نتائجها لا تمثل الواقع الحقيقي للمرض. ولعدم وجود دراسة شاملة عن المرض فإنه من الصعوبة بمكان مقارنة الوضع في المملكة بدول أخرى لما يعترى الدراسات المقارنة دائماً من ثغرات.

من خلال الدراسات التي أجريت نجد أن أكثر أنواع السرطانات انتشاراً هي سرطانات العقد اللمفية والثدي والجلد والمريء والرئة والفم والمعدة. وهناك فوارق بين الذكور والإناث، فبين الذكور يأتي سرطان العقد اللمفية والمريء والرئة والفم في المقدمة، في حين يأتي سرطان الثدي في المقدمة عند السيدات يتلوه سرطان الغدد اللمفية والمريء وعنق الرحم. وعندما نقارن هذه النتائج بنتائج أخرى سجلت قبل أكثر من نصف قرن في مستشفى شركة الزيت العربي (أرامكو) في الظهران (وقد كانت أكثر المستشفيات استقبالاً لحالات السرطان آنذاك) نجد أن هناك

فـوارق في ترتيـب أنـواع السـرطان، فقد سـجل سـرطان المعدة وابيضاض الـدم (اليوكيميـا) والجلد آنـذاك أعلى معدل انتشـار، بينمـا أتـى سـرطان الرئة فـي ترتيـب متأخـر. ويبـدو أن الارتفاع فـي سـرطان الرئـة والانخفاض فـي سـرطان المعدة جـاءا نتيجة للتطـور الاقتصـادي والاجتماعـي في المملكـة. وهو مـا لوحظ في اليابان وبلـدان أخرى تطـورت اقتصاديّـاً في القرن العشـرين الميلادي.

فـي دراسـة أرامكـو قبـل أكثـر مـن نصـف قـرن كان عـدد المرضـى مـن الذكـور ثلاثـة أضعـاف عـدد المرضـى مـن الإنـاث، وكان متوسـط أعمـار المرضـى حوالـي ٤٥ سـنة. أما فـي السـنوات الأخيـرة فنجـد أن عـدد المرضـى مـن الذكـور يعـادل مـرة ونصـف مـرة عـدد المرضـى مـن الإنـاث، وأن متوسـط عمر المرضـى ٦٠ عامـاً. وتعـود الزيادة في نسـبة عدد الإنـاث - فـي الغالـب- إلـى أن العـادات والتقاليـد أصبحـت تتيـح فرصـة أكبـر لهـن لكـي يتـرددن علـى المستشـفيات للفحص والعلاج.

وفـي عـام ١٩٦٣م كتـب أحـد الباحثيـن أن السـيدات كـن يقاومـن الفحـص الطبـي، خاصـة إذا كان فـي الثـدي أو في عنق الرحـم أو إذا كان الفاحـص طبيبـاً وليـس طبيبـة. وقـد يرفـض الأزواج فـي بعض الأحيـان أن تفحـص زوجاتهم. أمـا الآن فقد

أصبح تقبل الناس للفحص والعلاج مختلفاً عن ذي قبل. أيضاً قد تعود الزيادة الحالية في نسبة الإصابة بين الإناث إلى زيادة تعرضهن للعوامل المؤدية للسرطان مثل التدخين. خاصة بعد أن أصبح تدخين الأرجيلة من علامات التمدين والرقي لدى بعض السيدات. وقد ترجع الزيادة في متوسط الأعمار إلى الارتفاع النسبي في معدل الإصابة بالمرض . ومع هذا فإن سن الإصابة بالسرطان في المملكة أقل من سن الإصابة به في المجتمعات الغربية.

ومن الدراسات التي أجريت، نجد أن هناك فوارق في معدل الإصابة في مناطق المملكة نتيجة للاختلاف في الظروف الجغرافية والمناخية والغذائية والعادات الصحية ومستوى التعليم والمستوى المعيشي وتوفر وسائل التشخيص. وفيما يلي ملخص للنتائج التي انتهت إليها الدراسات التي أجريت عن بعض أنواع السرطان في المملكة.

سرطان الأورام اللمفية:

الأورام اللمفية من أكثر أنواع السرطان انتشاراً ليس في المملكة فحسب وإنما أيضاً في منطقة حوض البحر الأبيض المتوسط. وفي دراسة أجريت في الأردن وسوريا ولبنان ومصر واليمن الجنوبية وجد أن معدل الإصابة فيها يمثل حوالي ١٥٪ من مجموع السرطانات، وهو من أعلى

المعـدلات فـي العالـم. ممـا يوحـي بـأن وراء هـذا الارتفـاع النسـبي خصائص جغرافيـة أو سـلالية لم تحـدد بعد، وتسـتحق المزيد من البحث.

سرطان المريء:

هنـاك اختلافـات جمة فـي معـدل الإصابـة بسـرطان المريء فـي مناطـق العالـم، إذ يتـراوح معـدل الإصابة بـه بيـن ٥ في كل ١٠٠ ألـف نسـمة فـي المجتمعـات الغربيـة إلـى ١٠٠ فـي كل ١٠٠ ألـف نسـمة فـي بعـض المناطـق مـن الاتحـاد السـوفييتي وإيـران والصيـن وجنـوب إفريقيا. وقـد دللـت الدراسـات التي أجريـت فـي أنحـاء متعـددة فـي العالم علـى وجـود علاقـة بين سـرطان المريء وعوامل بيئيـة مختلفة منهـا: الإفراط فـي تناول المـواد الكحوليـة، والإفـراط فـي التدخيـن، وتناول مشـروبات شـديدة الحـرارة أو أغذيـة مهيجـة قـد تجـرح الغشـاء المخاطي المبطـن للمـريء، ونقـص فيتاميـن (أ) فـي الغـذاء، والتعـرض لمواد كيميائية مثل: الكدميوم والرصاص.

وفـي المملكـة العربيـة السـعودية وجـد أن نسـبة سـرطان المـريء عاليـة بيـن أنـواع السـرطان الأخـرى. ووجـد أن أعلى نسـبة كانت بين الذيـن قدموا من أواسـط نجـد، ولم تعـرف بعد الأسـباب وراء هـذه الفوارق فـي المعدل، كمـا أن هـذه الفوارق لم تتأكد بشكل نهائي.

وبدراسة أعراض المرض وجد أن ٢٢٪ من المرضى كانوا يعانون من سوء التغذية والهزال الشديدين نتيجة لصعوبة البلع، و٣٥٪ منهم كان لديهم نقص في فيتامين (أ) ولا يعرف إذا كان ذلك سبباً أو نتيجة للمرض، كما وجد أن نسبة عالية من المرضى كانوا يكثرون من شرب القهوة العربية. جميع هذه العوامل لم تتأكد علاقتها بشكل نهائي بسرطان المريء، مما يستدعي إجراء دراسات أوسع وأكثر شمولاً لمعرفة العوامل المتصلة بالمرض في المملكة.

سرطان المعدة:

في الخمسينيات الميلادية كان سرطان المعدة من أكثر أنواع السرطان انتشاراً. وفي دراسة أجريت مؤخراً وجد أن سرطان المعدة يأتي في المرتبة السابعة، ووجد أن أكثر المصابين قدموا من المنطقتين الوسطى والشمالية. هذه الفروق بين المناطق قد تكون حقيقية وقد تعود إلى اختلاف في إمكانات التشخيص. ومن المتوقع انخفاض نسبة الإصابة بسرطان المعدة مع ارتفاع مستويات المعيشة كما حدث في المجتمعات الغربية.

سرطان الكبد:

سرطان الكبد من السرطانات القليلة الحدوث في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، والكثيرة الحدوث في الدول النامية

خاصـة فـي الشـرق الأقصـى وجنـوب شـرق آسـيا وإفريقيـا. واختلفـت الدراسـات التـي أجريـت فـي المملكـة علـى معـدل الإصابـة بالمـرض، فهو يأتـي في بعـض الدراسـات فـي المرتبة الرابعـة بيـن أنـواع السـرطانات وفـي دراسـات أخـرى يأتي في المرتبـة السادسـة عشـرة. والأمـر يحتـاج إلـى مزيد مـن البحث لمعرفة مدى وجوده والعوامل التي تساعد على حدوثه.

والملاحـظ أن أغلـب المرضى يأتـون في حالة متأخـرة نتيجة لتأخـر التشـخيص. أكثـر مرضـى سـرطان الكبد مـن بيـن الكبار في السـن (٦٠ إلى ٧٠ عامـاً) ومعـدل الإصابة بين الرجـال أكثر مـن السـيدات ربما للاختـلاف بيـن الجنسـين في طلـب العلاج في المستشفى نظراً للتقاليد.

سرطـان الفـم والحنجـرة:

سـرطان الفم والحنجرة مـن أكثر أنواع السـرطان انتشـاراً في العالـم، مـع اختـلاف فـي معـدل الإصابـة بـه مـن منطقـة إلـى أخرى. وقـد وجدت علاقـة بيـن الإصابة بسـرطان الفـم ومضغ التبغ، والإفراط في تناول المشروبات الكحولية والتدخين.

معدل الإصابـة بين الذكـور ضعفا معـدل الإصابة بيـن الإناث، و٨٠٪ مـن المرضـى بسـرطان الفـم والحنجـرة اعتـادوا مضـغ التبـغ وهـو عبـارة عـن خليـط مـن مسـحوق التبغ وبيكربونات

الصوديوم والرماد يحتفظ به في الفم ويمتص رحيقه، وهي عادة كانت تمارس إلى عهد قريب في المنطقة الجنوبية بالمملكة خاصة بين الرجال. وقد وجد أن خلاصة المسحوق إذا ما حقنت في حيوانات التجارب أدت إلى السرطان.

وقد وجد أن معدل الإصابة بين القادمين من الجنوب أعلى منها بين القادمين من مناطق أخرى في المملكة، بل ويقارب معدل الإصابة في مدينة بومباي في الهند وهو من أعلى المعدلات في العالم. (تسع مرات أعلى من المعدل في الولايات المتحدة الأمريكية).

سرطان الغدة الدرقية:

ورم الغدة الدرقية ورم حميد نسبيّاً فهو ينمو ببطء ولكنه قد يغدو في بعض الأحيان شديد الوطأة. ويختلف ترتيب سرطان الغدة الدرقية في المملكة بالنسبة لبقية أنواع السرطانات من دراسة لأخرى. فهو يتراوح بين المرتبتين الثامنة والرابعة عشرة. وفي كل الدراسات التي أجريت وجد أن معدل الإصابة به بين الإناث أكثر منه بين الذكور.

مظاهر المرض عبارة عن تضخم في الغدة الدرقية على هيئة ورم صلب وغير مؤلم. خلص الباحثون إلى أن معدل الإصابة بسرطان الغدة الدرقية في المملكة قد يكون أكثر

مما يبدو عليه وقد يكون لأشعة الشمس دور في ذلك، واستبعد نقص اليود (الأيودين) كسبب وراء سرطان الغدة الدرقية لوفرته النسبية في المملكة.

سرطان الثدي:

قبل نحو ٧٠ عاماً درست ١٩٣ حالة مريضة بالسرطان وجد من بينهم ٨ حالات فقط بسرطان الثدي. وهو معدل منخفض جدّاً، إلا أن الباحثين عزوا ذلك إلى إحجام السيدات السعوديات عن الفحص الطبي. وقد أكدت الدراسات التي أجريت أخيراً أن سرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان بين السيدات.

ومما يؤسف له أن الحالات تصل إلى المستشفى في مرحلة متأخرة، حيث وجد أن متوسط الفترة بين ظهور الأعراض ودخول المستشفى للفحص والعلاج ستة شهور، وهي فترة طويلة ما كان ينبغي أن تمضي بدون تدخل طبي لإيقاف المرض في مراحله الأولى. وقد يعزى التأخير في التشخيص إلى الخجل والخوف وربما أيضاً إلى عدم توفر الوسائل الكافية للتشخيص.

ومن المعتقدات الشائعة أن الزواج المبكر والحمل المتكرر يعطيان المرأة مناعة نسبية ضد المرض، ولكن الدراسات التي أجريت مؤخراً لم تؤكد هذه النظرية أو تنفِها.

سرطان عنق الرحم:

يأتي سرطان عنق الرحم في المرتبة الخامسة بين أنواع السرطانات التي تصيب النساء في المملكة. ومع هذا فإن معدل الإصابة بالمرض يعد منخفضاً إذا قورن بالمعدل في بلدان أخرى. وهناك حاجة لمزيد من الدراسات لتحديد العلاقة بين الانخفاض النسبي في معدل الإصابة بسرطان عنق الرحم في المملكة وتعدد مرات الحمل والمحافظة الجنسية لدى السيدات والختان لدى الرجال.

سرطان الرئة:

ليس هناك ثمة شك في أن أحد الأسباب الرئيسة وراء سرطان الرئة هو تدخين السجائر، فاحتمال الوفاة من سرطان الرئة بين المدخنين أكثر بحوالي عشر مرات من احتمال الوفاة بسرطان الرئة بين غير المدخنين. وهناك عوامل أخرى وراء المرض منها التعرض للأسبستوس (معدن لا يحترق وموصل غير جيد للحرارة) وإلى المواد المشعة وصناعة الكرومات وتكرير النيكل وتلوث البيئة بشكل عام.

ولسوء الحظ نجد أن تدخين السجائر والأرجيلة بين السيدات أصبح مألوفاً، وقد يكون الدافع إليه الشعور الخاطئ بأن التدخين مظهر للرقي الاجتماعي. ومع أن

المواطن السعودي أصبح على وعي بمضار التدخين إلا أن الكثيرين ما زالوا يدخنون إما عن إهمال أو عن تواكل وفهم خاطئ لمعنى الآية الكريمة: (قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا) (التوبة ٥١). فالله سبحانه وتعإلى يأمرنا باتقاء الأسباب وألا نعرض أنفسنا إلى التهلكة وبعد هذا كله فمقدراتنا بين يديه جل وعلا. والدراسات الأولية التي تجري حاليّاً تشير إلى أن تدخين الشيشة لا يقل ضرراً عن تدخين السجائر.

سرطان المثانة:

أظهرت الدراسات أن معدل الإصابة بسرطان المثانة في المملكة منخفض عنه في البلدان الصناعية نسبيّاً، ووجد أن نسبة الإصابة أعلى بين القادمين من المناطق الجنوبية خاصة من الذكور، وقد عزي ذلك إلى وجود مرض البلهارسيا في المنطقة الجنوبية وإن كانت العلاقة بين البلهارسيا وسرطان المثانة لم تتأكد بعد.

سرطان الجلد:

يختلف معدل الإصابة بسرطان الجلد في مناطق العالم. أعلى معدل سجل كان في أستراليا حيث يكون سرطان الجلد ٥٠٪ من أنواع السرطان، أما أقل معدل فقد سجل في

بومباي في الهند إذ يكون ٣٪ فقط من أنواع السرطان. ويرجع هذا الاختلاف في أكثره إلى مدى التعرض للأشعة فوق البنفسجية والتي تختلف شدتها من منطقة إلى أخرى حسب الموقع الجغرافي ومستوى الارتفاع عن سطح البحر ومدى تركيز طبقة الأوزون في الجو.

معدل الإصابة بسرطان الجلد في المملكة يأتي في المرتبة العاشرة بين أنواع السرطانات. وقد عزيت هذه المعدلات المنخفضة بالرغم من أن بلادنا مشمسة إلى ميل السكان إلى تفادي التعرض لأشعة الشمس، وإلى ارتداء اللباس التقليدي كالغترة البيضاء أو الشماغ للرجال والحجاب للسيدات.

المعلومات والاعتقادات حيال السرطان:

نسبة عالية من مرضى السرطان في المملكة تسعى إلى العلاج في مرحلة متأخرة من مراحل المرض وذلك نتيجة للإهمال أو الجهل أو كليهما معاً.

وفي دراسة أجريت على عينة من مرضى السرطان الذين عولجوا في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض وجد أن ١٦٪ منهم فقط كانوا يعرفون طبيعة مرضهم عند دخولهم إلى المستشفى، ووجد أن نسبة عالية منهم كانت

معلوماتهـم عن المـرض غيـر صحيحة، على سـبيل المثـال كان بعضهـم يتفـادى العلاقـة الزوجية خشـية أن يعدي زوجتـه (وهو اعتقـاد خاطـئ) ممـا أدى إلـى زيـادة حـالات الطـلاق. وفـي دراسـة شـملت ٢٥٠ مواطنـاً سـعوديّاً مـن الأصحاء سـئلوا عن آرائهـم فـي أعـراض السـرطان وأسـبابه وطـرق تشـخيصه وعلاجـه، ظهـر أن الكثيريـن منهـم كانـت معلوماتهـم محـدودة جدّاً أو خاطئة.

مرضـى السـرطان مـن السـعوديين يتميـزون عـن مرضـى السـرطان فـي البـلاد الغربيـة بإيمانهـم المطلـق باللـه سـبحانه وتعالـى، بالإضافـة إلـى قـوة الروابـط الأسـرية التي تحيـط بهم وتخفـف عنهـم الكثيـر مـن وطـأة الألـم والحـزن. كمـا أن المريـض السـعودي يتـم علاجـه مجانـاً ممـا يصرف عنـه عبء التفكير في تكاليف العلاج.

ومـع هـذا فمريـض السـرطان - فـي أي مـكان - فـي حاجـة دائمـاً إلـى رعايـة نفسـية واجتماعيـة جنبـاً إلـى جنب مـع الرعاية الطبيـة. ولأن نسـبة عاليـة مـن مرضـى السـرطان يصلـون إلـى المستشـفى فـي حالـة متأخـرة مما يصعـب معـه العـلاج أحياناً، فـإن هنـاك ضـرورة لإجـراء دراسـات متسـعة لمعرفـة العوامـل النفسـية والاجتماعيـة والطبيـة التـي تحـول دون التشـخيص والعلاج المبكرين.

العناية بحالات السرطان المتأخرة ليست سهلة. ومن الصعب بمكان إخراج مريض بالسرطان من المستشفى، وفي الوقت نفسه لا توجد دور للرعاية التمريضية بقدر كاف. والعائلة الممتدة التقليدية التي يجتمع أكثر من جيل من أفرادها تحت سقف واحد، بدأت تتغير تدريجيّاً وتتحول إلى العائلة المحدودة الصغيرة الحجم مما يصعب معه العناية بمرض السرطان المتأخر.

الوقاية من المرض:

مشكلة السرطان في المملكة تزداد بمضي الأيام باعتبار أن أسلوب الحياة قد تغير لدى كثير من الناس، وأصبح تعرضهم لعوامل البيئة التي قد تساعد على إحداث السرطان مثل التدخين وتلوث البيئة والمواد الكيميائية أكثر من ذي قبل، أضف إلى ذلك زيادة متوسط العمر.

ومن المعروف - على مستوى العالم - أن أكثر من ٥٠٪ من حالات السرطان يمكن الوقاية منها لو تمت الاستفادة من المعلومات الطبية والعلمية المعروفة حاليّاً استفادة كاملة. كما أن العلاج المبكر ناجح في كثير من حالات السرطان.

ومن هنا كانت ضرورة التركيز على برامج التثقيف الصحي لتوعية المواطنين بالأعراض الأولية للسرطان. وإن

كان البعض يظن أن في هذا شيئاً من الإزعاج، ولكني شخصيّاً أرى أن الموضوع إذا استعرض بموضوعية وبحكمة فقد يساعد ذلك على أن يتفهم المريض المشكلة، ويعطيها حجمها الحقيقي، ويزيل عنها كثيراً من الأوهام والمعتقدات الخاطئة العالقة بها، ولنتذكر دائماً أن التشخيص المبكر والعلاج السريع هما الحصن الواقي من مضاعفات المرض.

إصابات الطرق

تعد إصابات الطرق من الأسباب الرئيسة للوفيات في العالم. ولذا فهي مشكلة صحية إلى جانب كونها مشكلة اجتماعية واقتصادية وثقافية. ومن هنا كان على العاملين الصحيين أن يتعرفوا على أسبابها ونتائجها ويتصدوا مع غيرهم في مؤسسات المجتمع المدني إلى الوقاية من المشكلة قبل حدوثها. وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك أكثر من ١,٨ مليون نسمة في العالم يلقون حتفهم سنويّاً نتيجة لإصابات الطرق، هذا عدا حالات العجز التي تنجم عن هذه الإصابات، والخسارة في الأموال والممتلكات. ومن المتوقع أن يصل هذا العدد إلى مليوني وفاة في عام ٢٠٢٠م.

أكبر شريحة لهذه الإصابات والوفيات تحدث بين الشباب. كما أنها تحدث في النهار وفي داخل المدن. والسبب الرئيس وراءها يكمن في السرعة والتجاوز الخاطئ وإهمال السائق والوقوع تحت تأثير الكحول والمخدرات والتحدث في الجوال. ومن المعروف علميّاً أن أفضل الوسائل للحد من المشكلة هي تدريب السائقين على السياقة الدفاعية، وفرض غرامات عالية على السرعة الزائدة أو التجاوز الخاطئ أو عدم استعمال حزام الأمان أو تناول الكحول والمخدرات.

الأسباب الرئيسة وراء إصابات الطرق:

هناك ثلاثة أسباب وراء إصابات الطرق:

١- أسباب تتعلق بالسائق.

٢- أسباب تتعلق بالسيارة.

٣- أسباب تتعلق بالطريق.

من بين هذه الأسباب نجد أن الأسباب التي تتعلق بالسائق هي الأهم. ولما كان حديثنا عن السياقة الدفاعية فسوف نفترض أن السيارة سليمة والطريق آمن، ونركز هنا على الأخطاء التي قد تصدر عن السائق وكيف نتفاداها.

الأخطاء التـي يرتكبها السـائق ويمكـن أن تؤدي إلـى الحوادث تتلخص في التالي:

١- السرعة والإهمال.

٢- الإرهاق والنعاس.

٣- تشتيت الدماغ خاصة باستخدام الجوال أثناء القيادة.

٤- تناول العقاقير. (المسكرات والمخدرات).

٥- عدم مراعاة الظروف المحيطة.

وسوف نتناول كلّاً منها باختصار.

- ليكن بداية حديثنـا عن السـرعة والإهمال. مـن المعروف أن السـائق يجـب أن يتحكـم فـي السـيارة. أمـا إذا تجـاوزت السـرعة حـدّاً معينـاً فـإن السـائق يفقـد القدرة على التحكـم فـي السـيارة. أي كلمـا زادت السـرعة زاد احتمال وقوع الحوادث.

هذا الموضـوع أجريـت عليه بحـوث كثيرة . فعلى سـبيل المثـال إذا كانـت سـرعة السـيارة ١٠٠ كـم فـي السـاعة وفوجئ السـائق بالخطر أمامه فسـوف يحتاج إلـى ثانيتين قبـل أن يسـتوعب وجود الخطـر وينقـل قدمه من دواسـة البنزيـن إلـى دواسـة الفرامـل وحتـى يسـتطيع أن يوقـف السـيارة تكـون قـد سـارت مـا لا يقـل عـن ١٠٠ متـر،

وكلما زادت سرعة السيارة زادت المسافة التي تقطعها السيارة قبل أن تقف، أي باختصار كلما زادت سرعة السيارة صعب كبح جماحها ساعة الخطر. على هذا الأساس وضعت جداول للسرعات بنيت عليها الإشارات التي تنبه السائق إلى السرعة القصوى.

- أما الإهمال فيتمثل في عدة أمور منها التجاوز الخاطئ. أو تجاوز الخطوط الصفراء في وسط الطريق إلى الجانب الآخر منه. ولا يفوتنا أن ننبه هنا وبشدة إلى أنه على السائق دراسة قواعد المرور، ودلالات اللوحات الإرشادية والإنذارية واتباعها بدقة للحفاظ على سلامته وسلامة الآخرين.

- **العقاقير مواد يتناولها السائق تقلل من قدرته على التركيز وحسن التقدير وتشمل:**

أ - جميع المخدرات والمواد الكحولية بأنواعها.

ب- بعض الأدوية الطبية. ولذا يجب أن يستشير المرء طبيبه فيما إذا كان بإمكانه القيادة بعد تناول دواء ما.

- **ماذا عن تشتيت الذهن؟**

انتشرت مؤخراً التلفونات الجوالة. وقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن استعمال التليفون الجوال أثناء

القيـادة يؤدي إلى تشـتيت ذهن السـائق. فالدماغ البشـري لا يسـتطيع أن يـؤدي عمليـن معـاً فـي وقت واحـد. وفي بعـض الدراسـات وجـد أن ٢٨٪ مـن حوادث السـيارات سـببه اسـتعمال الجوال حتـى لو لم يكن السـائق ممسـكاً بالجوال بيده. ولذا نؤكد على التالي:

* لا تسـتعمل التليفون الجـوال البتة وأنت تسـوق وإذا اضطـررت إلـى اسـتعماله يجـب أن توقف السـيارة جانبـاً ولا تعـود إلـى السـياقة إلا إذا انتهيـت مـن المكالمة.

* انشـر هـذه المعلومة بين جميـع من تعـرف. وذكرهم بـأن اسـتعمال التليفـون الجـوال يشـتت الانتبـاه ويؤدي إلى الحوادث.

* هنـاك أشـياء تبدو صغيـرة وغيـر مهمـة ولكنها قد تـؤدي إلـى تشـتيت الذهـن. مثـل البحـث عـن شـيء مـا، أو البحـث عـن محطـة فـي الراديـو، أو الانشـغال بـالاكل والشـرب، أو الالتفـات إلى منظر.

خلاصـة الأمـر أن التركيـز علـى الطريـق أمـر هـام لتفادي الحوادث.

- **ماذا عن النعاس والتعب؟**

الذي يسوق وهو متعب أو مرهق أو يداهمه النعاس يعرض نفسه ومن معه في السيارة والآخرين لخطر الحوادث. من الأولى أن تقف على جانب الطريق وتأخذ قسطاً من النوم أو ترتاح إذا كنت متعباً قبل أن تعاود السياقة.

- **ماذا عن الظروف المحيطة؟**

السياقة في الليل أو مع وجود زوابع أو أمطار تحد من القدرة على الإبصار. وعلى ذلك يجب أن يبطئ السائق من سرعته إلى الحد الذي يجعله قادراً على التحكم في السيارة.

- **ما مدى أهمية استعمال حزام الأمان؟**

استعمال حزام الأمان يقلل حوالي ٥٠٪ من شدة الإصابة في حالة وقوع الحادث. ولذا فإنه يعد من أهم الإجراءات الوقائية لتجنب الإعاقة أو الوفاة في حالة الاصطدام. استعماله من قبل السائق والراكب في المقعد الامامي أمر حتمي. وفي بعض الدول يفرض وضعه حتى على الركاب في المقعد الخلفي. الحزام يثبت الراكب في المقعد ويحول دون اندفاعه

إلـى الأمـام وبالتالـي اصطدامـه بمقـود القيادة أو جسـم السيارة من الداخل.



حزام الأمان يسهم في الوقاية من ٥٠٪ من الإصابات في حالة التصادم.

- **ما هي الإجراءات الوقائية للأطفال؟**

هناك أمران في غاية الأهمية:

❋ عـدم إركاب الأطفـال في المقعـد الأمامـي حتى في أحضـان أمهاتهـم، إذ إنهم فـي حالة وقـوع حادث -

لا قـدّر اللـه - يكونـون عرضـة للخطـر أكثـر مـن الكبار لرقة أجسامهم.

* أن يثبتـوا فـي المقعـد الخلفي بحـزام الأمـان أو في كرسي يثبت في المقعد الخلفي.

- هل لجلسة السائق وراء المقود تأثير على مدى تركيزه؟

نعم بلا شـك فجلسـة السـائق التي تتسـم بالإهمال، كأن يكثر مـن الالتفـات يمنـة أو يسـرة أو إلـى الـوراء، أو أن يمسـك المقـود بيـد واحـدة، أو أن يميـل بمقعـده إلـى الخلـف. كلهـا أمـور تقلـل مـن قدرتـه علـى التركيـز. الجلسـة اليقظـة تجعـل السـائق أكثر قـدرة علـى التحكم فـي المقود. وقـد وجد أن المسـافة الأنسـب بين السـائق والمقود حوالي ٣٠ سم.

- هل هنـاك إجـراءات على السـائق أن يقـوم بها قبـل البدء في السياقة للوقاية من الحوادث؟

نعم هناك إجـراءات عليـه أن يتبعها قبـل البدء في السـياقة ولا تستغرق منه أكثر من دقيقة مثل التحقق من أن:

* إطارات السيارة سليمة وضغط الهواء فيها ملائمٌ.

* صيانة السيارة سارية المفعول.

❋ رخصة القيادة ووثيقة التأمين محتفظ بهما في السيارة.

❋ وضع المرايا الأمامية والجانبية مناسب.

❋ سلامة أجهزة الإنذار الصوتية والضوئية التي تنبه الآخرين إلى عودة السيارة إلى الخلف أو انتقالها من مسار إلى آخر.

❋ سلامة الفرامل.

- ما هي الطريقة المثلى لاستعمال المرايا؟

المرآة الأمامية تتيح للسائق رؤية ما يحدث خلف السيارة. ولكن هناك منطقة على الجانبين لا تظهر في المرايا الأمامية ولذا تسمى المناطق العمياء. ومن هنا كانت أهمية الاستعانة بالمرآتين الجانبيتين لتغطية كامل الرؤية الجانبية والخلفية للسيارة.

- لماذا ينصح بترك مسافة كافية بين سيارتي والسيارة التي أمامي؟

لو افترضنا أن السائق يسوق بسرعة ١٠٠ كيلو متر في الساعة. وفجأة توقفت السيارة التي أمامه لأي سبب. سوف يستغرق الأمر منه ثانية على الأقل قبل أن يضع قدمه على الفرامل (فترة رد الفعل الانعكاسي) وثانية

أخرى قبل أن يستطيع إيقاف سيارته. وعلى ذلك ينصح دائماً بترك مسافة كافية بين السيارتين.

- ماذا لو كانت السيارة التي خلفي قريبةً جدّاً مني؟

إما أن تضاعف المسافة بينك وبين السيارة التي أمامك أو أن تغير المسار.

- ما الذي تقصده بالمسار؟

الطريق مقسم عادة إلى مسارات بخطوط بيضاء أو صفراء. وعلى السائق أن لا يغير مساره إلا بعد أن يعطي إشارة ضوئية للسيارة التي خلفه عن عزمه على تغيير المسار، والتثبت بواسطة المرايا الأمامية والجانبية من أن الطريق آمن قبل أن يغير مساره. بمعنى التثبت من عدم وجود سيارة من ورائه تريد أن تتخطاه أو سيارة إلى جانبه. على أن يبدأ تدريجيّاً في تغيير المسار. تغيير المسار المفاجئ وبدون التحقق من أن الطريق آمن يعد أحد الأسباب الرئيسة للحوادث.

- ماذا عن أهمية التدرب على مبادئ الإسعاف الأولي وإنقاذ الحياة؟

من الأهمية بمكان أن نتدرب جميعنا كباراً وصغاراً، ذكوراً وإناثاً، على مبادئ الإسعاف الأولي وإنقاذ الحياة. بما في ذلك التنفس الصناعي، وإيقاف النزيف،

وطريقة حمل المصاب، وإنقاذ فاقدي الوعي. هذا التدريب على يد مدرب لا يستغرق أكثر من بضع ساعات. يكفيك أن تعرف أن نصف حالات الوفاة تحدث قبل وصول المصاب إلى المستشفى أو المركز الصحي إذا لم يسعف. ومن هنا كانت أهمية التدريب على إجراء الإسعافات الأولية.

- من أخبار الصحف:

نشر في يوم واحد في الصحف اليومية بالمملكة الأخبار التالية والتي تؤكد أهمية حوادث السيارات في حياتنا.

❋ توفي ثلاثة أشخاص وأصيب خمسة آخرون من عائلة واحدة إثر انقلاب السيارة التي كانت تقلهم. نقلت الجثث إلى ثلاجة الموتى، كما نقل المصابون إلى المستشفى وهم في حالة حرجة.

❋ لقي شاب مصرعه وأصيب ثلاثة آخرون في حادث مروري مروع، وأرجعت تقارير المرور الحادث إلى السرعة الزائدة من قائد إحدى السيارتين.

❋ تسبب مجهول يقود دراجة نارية مسرعة في تهشيم جمجمة طفل عمره ست سنوات بعد الاصطدام به على رصيف المشاة.

* انقلبت سيارة نقل مما أسفر عن إصابة قائدها إصابة خطرة.
* رجل وأربع نساء من عائلة واحدة توفوا في حادث تصادم بين السيارة التي كانوا يستقلونها وشاحنة. كما توفي في الحادث سائق الشاحنة.
* لقي شابان في العقد الثاني مصرعهما وأصيب ثلاثة آخرون نتيجة اصطدام السيارة التي كانوا يستقلونها بعمود إشارة.
* أصيب خمس معلمات وستة مواطنين في حادث تصادم. وكان سبب الحادث هو الانشغال عن القيادة.

إصابات الطرق في المملكة العربية السعودية:

تكون إصابات الطرق في المملكة العربية السعودية مشكلة صحية كبرى وإن كانت أبعادها لم تعرف بعد على وجه الدقة. من أوائل الدراسات التي أجريت عن إصابات الطرق دراسة أجريت في منطقة عسير بالجنوب الغربي من المملكة. وجد فيها أن عدد إصابات الطرق زادت من ٦٠٨ إصابات عام ١٩٧٥م إلى ١٢٣٠ إصابة عام ١٩٧٧م أي أكثر من الضعف خلال عامين. (قد تكون الزيادة راجعة

في بعض جوانبها إلى التوسع في جمع الإحصاء). وفي الوقت نفسه زاد عدد السيارات المسجلة في المنطقة أربع مرات وزادت أطوال الطرق المعبدة مرة واحدة على ما كانت عليه.



الوفيات من أصابات الطريق في دول الخليج ٦ أضعاف عدد الوفيات في أوروبا. الوقاية منها ممكنة وغير مكلفة وذلك بمعرفة أسبابها والتعامل معها.

ووجد أن ثلث عدد الأسرة في قسم الجراحة بمستشفى أبها العام كان مشغولاً بمرضى مصابين في حوادث سيارات. ومن بين المصابين في حوادث الطرق الذين أدخلوا إلى

مستشفيات منطقة عسير نجد أن ٤٩٪ منهم تتراوح أعمارهم من ٢٠ إلى ٣٩ سنة وهي سن الإنتاج. كما وجد أن أخطاء السائقين (السرعة الزائدة والإهمال) تكون الأسباب الرئيسة وراء الحوادث.

ولقد أدى التطور الاقتصادي والصناعي السريع في المملكة إلى زيادة القوة الشرائية لدى السكان مما أتاح الفرصة لكثير من المواطنين وضيوف المملكة من الوافدين للمسارعة في شراء السيارات. وقد أصبح من المألوف أن نجد فتى حدثاً لم يكد يتجاوز سن الحلم يمتلك سيارة خاصة. وأصبح في مقدرة أي وافد متوسط الدخل أن يشتري سيارة بعد شهور محدودة من وصوله إلى المملكة. ساعد على ذلك عدم توفر وسائل النقل العامة.

والبدوي في الصحراء أصبح ينقل ماشيته وخيامه ويحضر الماء والعلف لأغنامه بالسيارة. والبدوي القادم من الصحراء إلى المدينة أصبح من أولى اهتماماته شراء سيارة. وهناك طرفة تعكس كثيراً من الواقع وتتحدث عن بدوي نزح حديثاً إلى المدينة وذهب ليبتاع لنفسه سيارة وكان أن طلب من البائع أن يوجهها إلى الطريق ثم جلس إلى مقودها لأول مرة في حياته.

نجد من خلال الدراسات التي أجريت أن ٩٠٪ من أسباب الحوادث تقع نتيجة لخطأ السائقين بما في ذلك

السرعة والإهمال في القيادة وتجاهل إشارات المرور والسياقة على الجانب الخطأ من الطريق واستعمال الجوال أثناء القيادة.

وفي بداية الثمانينيات الميلادية لم يكن هناك ما يشير إلى أن المخدرات والخمور كانت تلعب دوراً في الحوادث إلا أن الدلائل حاليّاً تشير إلى أن المشكلة بدأت في الظهور مما يوجب الانتباه إليها وتداركها قبل أن تستفحل. وإلى سنوات قليلة مضت لم تكن أحزمة الأمان من المواصفات المطلوبة في السيارات عند استيرادها إلى المملكة، والان أصبحت جزءاً أساسيّاً في السيارات، ولكن الوعي بأهمية استعمالها لم يتكون بعد بشكل كاف لدى الجمهور، كما أن الوعي لم يتكون بعد حيال أهمية السياقة الدفاعية.

ولعل التقرير الذي أصدرته في عام ٢٠١٢م شركة أرامكو السعودية يلخص أطراف مشكلة إصابات الطرق في المملكة.. بذكر التقرير التالي:

- خلال العشرين سنة التي مضت سجل في المملكة ٤ ملايين حادث نتج عنها ٦١١,٠٠٠ إصابة و٨٦,٠٠٠ حالة وفاة.

- في الوقت الذي ينخفض معدل إصابات المرور في أوروبا وأمريكا الشمالية نتيجة للإجراءات الصارمة. نرى هذا المعدل يزداد في المملكة.
- من بين كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة يتوفى في ألمانيا في كل عام ٦ نتيجة إصابات المرور في حين يصل هذا المعدل إلى ٥٠ حالة في السعودية أي ٨ أضعاف المعدل في ألمانيا.

مما سبق نجد أن إصابات الطرق تعد مشكلة صحية كبرى في المملكة. فهي السبب الرئيس وراء الوفاة ويأتي دورها قبل أمراض القلب والسرطان، إلى جانب ما تسببه من إعاقة لدى الناجين منها. بالإضافة إلى ما ينجم عنها من خسارة اقتصادية جمة على المصاب وعائلته وعلى الأمة بأسرها وهي مشكلة يمكن الوقاية منها وتخفيف حدتها إلى حد بعيد باتخاذ وسائل الوقاية المناسبة.

الوقاية من إصابات الطرق:

الحماية السلبية التي لا تتطلب مجهوداً كبيراً من الإنسان أفضل من الحماية الإيجابية التي تستدعي مجهوداً من الشخص. فبالإضافة إلى أحزمة الأمان تعد الحقيبة الهوائية وسيلة من وسائل الحماية السلبية للحد من إصابات السيارات، وهي

عبـارة عـن وسـادة مفرغة مـن الهـواء تثبـت عـادة أمـام المقاعد الأماميـة فـي السـيارة. فـإذا مـا حـدث تصـادم مفاجـئ امتـلأت الوسـادة أوتوماتيكيّـاً فـي أقـل مـن ١ / ٣٠ مـن الثانيـة بغـازات مضغوطـة تقـي السـائق وركاب المقعـد الأمامـي مـن حـدة الصدمـة، وهـي لا تمتلـئ بالهـواء إلا فـي اللحظـة الحرجة حتى لا تحول بين السائق وعجلة القيادة.

وقد أدخـل أخيـراً تعديل في تصميـم بعض السـيارات بحيث يصبـح مـن المتعـذر تشـغيل السـيارة إذا لـم يقـم ركاب المقعد الأمامي بإجـراءات معينـة واحـد منها اسـتعمال حزام السـلامة، هذا التعديل أدى إلى زيادة استعمال الأحزمة.

وباختصـار فـإن الحـد مـن الإصابـات ومضاعفاتهـا يتطلـب إجـراءات وقائيـة متعـددة، قبـل الحـادث وأثنـاء الحـادث وبعـد الحادث، والـذي نأمله أن ينتشـر بث الثقافـة المرورية بين الشـباب مـن طـلاب المـدارس وغيرهـم فـي سـن مبكـرة والتي تشـمل فيما تشـمل السـياقة الدفاعية والتي يستشـعر سـائق السـيارة مـن خلالها أنـه مهمـا كان ماهـراً فـي القيـادة فالمشـكلة قـد تأتـي مـن الطرف الآخـر، ومن ثـم عليـه أن يكـون حـذراً متيقظاً طـوال الوقـت، إلى جانـب الحـرص علـى اتبـاع إرشـادات المـرور، واسـتعمال حزام السـلامة، وعـدم اسـتعمال الجـوال أثنـاء القيـادة، والتـدرب علـى مبادئ الإسعاف الأولي لإنقاذ الآخرين في حالة الإصابة.



ثقافة السير يجب أن تنتشر في مجتماعتنا.
وسيكون لذلك تأثير كبير على مكافحة حوادث الطرق.

من المؤسف أن إصابات الطرق كثيراً ما تؤخذ قضية مسلمة نعتبرها جزءاً من حياتنا اليومية.. ويكفي أن نطلق عليها كلمة (حادث) لترتبط في أذهاننا بقدر لا يمكن دفعه أو تجنبه. ولو أخذت المسألة بالجدية والاهتمام أنفسهما اللذين تؤخذ بهما كثير من الأمراض لاستطعنا أن نكافح إلى حد بعيد إصابات الطرق كما كافحنا أوبئة مثل الطاعون والجدري والتيفوس والحمى الصفراء.

وكما هو الحال في كثير من مشكلات الصحة العامة لا يكمن الحل في عصا سحرية، وإنما هي عملية تحتاج إلى تخطيط علمي يشمل الجوانب التالية:

١. الاستعمال الذكي والواعي لوسائل الإعلام وبرامج التعليم في توعية الجمهور عن أهمية السياقة الدفاعية (وفيها يسوق السائق بحذر توقعاً لاحتمال صدور الخطأ من الآخرين)، واستعمال أحزمة الأمان في السيارة. وأن يوقن الجميع بأن استخراج رخصة القيادة هو أمر لمصلحة المواطن وليس لإرضاء شرطي المرور.

٢. ثبت أن استخدام وسائل التقنية أكثر جدوى في منع حوادث المرور من محاولة تغيير سلوك البشر. بعض هذه الوسائل يجب أن يفرض فرضاً. أو كما جاء في الأثر: «إن الله ليزع بالسلطان ما لا يزع بالقرآن». من ذلك أن إجبار الجمهور على استعمال أحزمة الأمان في السيارات يجب أن ينظر إليه بجدية. وقد طبق هذا القانون الإجباري في بعض الدول في أوروبا وتقبله الجمهور بصدر رحب بعد أن اقتنع بجدواه حتى أصبح استعمال أحزمة الأمان عادة عند الكثيرين، وأصبح أحدهم

يحيط نفسه بحزام الأمان تلقائيّاً بدون تفكير. خاصة بعد أن ثبت علميّاً أن أحزمة الأمان تؤدي إلى تخفيف حدة الإصابات بمقدار ٥٠٪. وقد أسهم استعمال أحزمة الأمان بالإضافة إلى وسائل السلامة الأخرى في السيارات في تخفيض حجم الوفيات في أمريكا وأوروبا.

٣. تطبيق وسائل السلامة للأطفال بما في ذلك استعمال أحزمة الأمان الخاصة بهم في المقاعد الخلفية والتي قد تسهم في تخفيف الإصابة بمقدار ٧٥٪.

٤. يجب تطبيق القوانين الخاصة بالحد من السرعة بإحكام. وفي بريطانيا في الفترة ما بين نوفمبر ١٩٧٣م ويوليو ١٩٧٥م - وهي الفترة التي كانت فيها أزمة الطاقة في أوروبا في أوجها صدر قانون يقضي بتخفيض السرعة القصوى من ٧٠ إلى ٥٠ ميلاً في الساعة وذلك للحد من استهلاك البترول. بيد أن النتائج غير المتوقعة كانت في انخفاض نسبة إصابات الطرق. وعاد معدل الإصابات إلى الارتفاع مرة أخرى بعد ما ألغي قانون الحد من السرعة بانتهاء أزمة الوقود.

٥. تشير الدراسات إلى خطورة سياقة السيارة من قبل الأحداث الصغار السن وما يتبع ذلك من ارتفاع في نسبة الإصابات والوفيات بينهم وبين الضحايا من المشاة أو راكبي وسائقي السيارات الأخرى. وفي الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن إصابات الطرق أصبحت سبباً رئيساً من أسباب الوفاة بين الشباب من المراهقين.

٦. نسبة عالية من الوفيات تحدث في مكان الإصابة أو أثناء نقل المصاب إلى المستشفى. ومن هنا فالضرورة ملحة لزيادة تدريب سائقي الإسعاف والمسعفين على الأصول السليمة في السياقة، ووسائل إنقاذ الحياة. كما أن هناك حاجة إلى زيادة مراكز التأهيل للمصابين لإعدادهم لحياة منتجة.

٧. هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات والبحوث عن العوامل الاجتماعية والثقافية والنفسية وراء إصابات الطرق وعن توزيعها الأبيدميولوجي ووسائل القضاء عليها. ويا حبذا لو أسهمت الجامعات والوزارات المعنية في دعم مثل هذه البحوث حتى نتصدى لواحدة من أكبر المشكلات الصحية في المملكة.

والنتيجة التي نخلص إليها مما سبق هي أن معدل الوفيات من حوادث السيارات في المملكة يعد من أعلى المعدلات في العالم. وأن الوقاية من هذه المشكلة والتخفيض من حدتها أمر ممكن يستدعي منا إجراءات حاسمة يأتي على رأسها نشر الوعي بالمشكلة وطرق الوقاية منها، وتفعيل القوانين الموجودة فعلاً، والتركيز على أهمية التدريب على السياقة الدفاعية للجميع.

السياقة الدفاعية.. سياقة آمنة:

ما هي السياقة الدفاعية؟

يمكن تلخيص مفهوم السياقة الدفاعية كالآتي: مهما كنت بارعاً في السياقة يجب أن تكون حذراً ومتيقظاً، وتتحسب في الوقت نفسه من أخطاء الآخرين. فالحوادث تنتج من أخطاء يرتكبها أحد الطرفين أنت أو السائق الآخر. ولكي نطبق مبادئ السياقة الدفاعية هناك بعض الإجراءات التي يجب أن نتعلمها ونمارسها لكي نتقي الحوادث بإذن الله.

لماذا كل هذا الاهتمام بالسياقة الدفاعية؟

تعد حوادث السيارات القاتل الأول في العالم، وبخاصةٍ لفئة الشباب، وفيما يلي بعض الإحصائيات التي تلقى الضوء على المشكلة:

- خلال العشرين سنة الماضية بلغ عدد الضحايا في حرب الأرجنتين وحرب الصحراء الغربية وحرب الهند وباكستان، وحرب الخليج مجتمعة ٨٢٠٠٠ وفاة. في حين أن عدد الوفيات من حوادث المرور في المملكة بلغ في الفترة نفسها ٨٦٠٠٠ وفاة.
- وإذا أتينا إلى الخسائر المادية نجد أن حوادث السيارات تكلف المملكة في كل سنة نحواً من ٢٠ مليار ريال.
- نحوٌ من ٨٠٪ من حوادث السيارات يمكننا تفاديها إذا مارسنا السياقة الدفاعية.

الخلاصة:

سئلت عندما كنت أقدم برنامج الطب والحياة التليفزيوني فيما لو طلب مني أن أختار مشكلة صحية واحدة أتحدث عنها ماذا أختار. قلت بدون أي تردد: الوقاية من إصابات الطريق.

قد يتساءل العامل الصحي بينه وبين نفسه.. وما الذي يعنيني أنا من إصابات الطريق؟ وهناك مسؤولون في الدولة على أعلى مستوى من المسؤولية يتولون أمرها. وما الذي أستطيع أن أفعله وأنا فرد ليس لي من الأمر شيء. هنا يكمن

بيـت القصيـد فـي اختيـار مشـكلتين للحديـث عنهمـا فـي هـذا الكتاب مثـل إصابـات الطريـق والمخـدرات والسـؤال الذي قد يطرح نفسه.. وما علاقتهما بالرعاية الصحية الأولية؟

كلتا المشـكلتين لهمـا جانب صحـي بالإضافة إلـى الجوانب الاجتماعيـة والاقتصادية والقانونيـة. وباعتبـار أن الفريق الصحي فـي مركـز الرعايـة الصحيـة لا بـد وأن يواجـه إصابـات الطريـق فـي المجتمـع مـن حولـه بالإسـعاف الأولـي والعـلاج، فمـن بـاب أولـى أن يتصـدى لهـا أيضـاً بالوقايـة. وأولـى خطـوات الوقايـــة معرفـــة الأسبـــاب الاجتماعيـــة والثقافيـة والإدارية التـي تحيـط بالمشـكلة وتـؤدي إليهـا، يأتـي بعـد ذلـك برامـج التوعيـة والتثقيـف الصحـي، وربمـا بتكويـن جمعيـات صحيـة للتصدي للمشـكلة، أو حتـى بالكلمة الأمينـة الصادقـة تنقل إلى المسـؤولين مباشـرة أو عـن طريـق وسـائل الإعلام. وكل ميسـر لما خلق له.

المخـدرات.. الهاويـة المدمـرة

المخـدرات تذهـب العقـل وتتسـبب فـي مـا لانهايـة لـه مـن المشـكلات الجسـدية والنفسـية والاجتماعيـة. قـد تـؤدي إلـى الجريمـة، وفقـدان الإحسـاس بقيمـة الحيـاة، وضيـاع معانـي الشـرف والكرامـة لـدى الإنسـان. ومـا زلـت أتمثـل فـي ذهنـي

منظر الرجل الذي جاء إلى عيادتي وهو يبكي أحر البكاء لأن ابنه أدمن المخدرات وأصبحت حياة الأسرة كلها في الحضيض.

هي مشكلة يمكن الوقاية منها بإجراءات معينة، واحد منها التثقيف الصحي والقدوة الحسنة. الخطوة الأولى التي يجب على العاملين الصحيين أن يخطوها للإسهام في حل مشكلة المخدرات هي التعرف على حجم المشكلة، وتوزيعها بين الفئات العمرية وغير ذلك من الخصائص السكانية، والعوامل الاجتماعية والثقافية التي تحيط بها. ثم التخطيط السليم لإيجاد الحلول المناسبة.



مكافحة التدخين بالأساليب التي تتلاءم مع طبيعة المجتمع يجب أن تكون من ضمن أولويات العمل الصحي.



من الضروري نشر ثقافة أضرار المخدرات في المدارس بكل الوسائل الممكنة.

سوف أصوغ حديثي عن مشكلة المخدرات على هيئة حوار يدور بين مسؤول عن مكافحة المخدرات ومجموعة من الشباب. هم يسألون وهو يجيب.

مم تصنع المخدرات؟

بعض المخدرات تستخلص من النباتات. فالأفيون مثلاً يستخلص من نبات الخشخاش، والحشيش يستخلص من نبات القنب. ولكن كثيراً من المخدرات أصبحت تحضر الآن في المعامل والمختبرات من مواد كيميائية مثل الكبتاجون وعقاقير الهلوسة (LSD) أو من أصول نباتية مثل المورفين والكوكائين والهيروين.

هل جميع المخدرات مخدرة أو منومة؟

لا، ليس هذا صحيحاً. فالمخدرات تنقسم من حيث التأثير إلى ثلاثة أقسام: القسم الأول منشط، والقسم الثاني مثبط، والقسم الثالث مهلوس. بيد أنه اصطلح على تسميتها جميعاً بالمخدرات.

ما الأضرار التي يمكن أن تصيب مدمن المخدرات؟

الأضرار كثيرة ومتنوعة حسب نوع المخدر والجرعة التي يتناولها المدمن ودرجة الإدمان. ولكن كل أنواع المخدرات

تنتهي إلى تحطيم الجسد والنفس والعقل والمجتمع. المخدرات تؤثر أساساً على الجهاز العصبي فتصيبه بالتلف. وقد ينتج عن ذلك الاكتئاب، والضعف الجنسي، والهلوسة، وضياع الشخصية والاستعداد لبيع النفس والعرض مقابل الحصول على جرعة من المخدر. وقد ينتهي الأمر بالمدمن إلى الإصابة بالتهاب الكبد الوبائي، أو بتليف الكبد، أو الإصابة بالغرغرينا، أو بالإيدز أو الوفاة.

ما العقوبات المقررة على جرائم المخدرات في المملكة العربية السعودية؟

يفرق نظام مكافحة المخدرات بين المهرب والمروج والمتعاطي. المهرب والمروج عقوبتهما قاسية ورادعة. الذي يهمنا في هذا الصدد هو أن المتعاطي الذي يتقدم من تلقاء نفسه للعلاج لا يعاقب ولا يترتب عليه أي إجراء قانوني ولا تسجل عليه سابقة، وإنما يدخل إلى مستشفى لعلاج المدمنين.

يزعم البعض أن المخدرات لم يرد نص بتحريمها في القرآن والسنة. فما رأيكم؟

أجمع الفقهاء والعلماء على أن المخدرات محرمة شرعاً لأنها ضارة بالجسم والعقل والنفس. يقول سبحانه وتعالى:

«ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة». فالله حرم علينا ما يضرنا ويضر عقولنا وأبداننا.

ما هي المراحل التي يمر بها المدمن؟

يبدأ الأمر بتجربة يشجعه عليها قرناء السوء من باب التسلية أو التقليد الأعمى. ولكن سرعان ما ينتهي الأمر بعدم القدرة على الفكاك منها. فيعاود المرء البحث عن المخدر لأنه أصبح عضويّاً ونفسيّاً غير قادر على التخلص منه. ولو توقف عنه يصاب بأعراض بدنية شديدة الوطأة منها: الاكتئاب والآلام الجسدية وعدم القدرة على النوم أو الخمول وفقدان النشاط. هذه الأعراض تجعله يبحث عن المخدر ليتعاطاه حتى لو باع شرفه وعِرضه في سبيل الحصول على الجرعة التي يتطلبها جسده.

أرجو أن تذكر لنا بعض أسماء المخدرات المنتشرة لكي نتلافاها؟

هناك الكبتاجون والأفيون والهيروين والكوكايين والحشيش والمرجوانا وغيرها كثير. وهناك أسماء تعرف بين أصحاب المنطقة الجغرافية الواحدة أو بين أبناء المهنة الواحدة مثل الكبتاجون الذي يسمى في بعض المجتمعات «الأبيض». كما أن هناك من يضيف المشروبات الكحولية إلى قائمة المخدرات.

الشـيء الـذي يجمـع بينهـا جميعاً هـو الخلـل الـذي يحدث مـن جرائها فـي الجهـاز العصبي وغيـره مـن أجهزة الجسـم مما يؤدي إلى مشكلات صحية وأخلاقية واقتصادية واجتماعية.

هل يوجد علاج للإدمان؟

يوجد عـلاج للإدمـان. وقد وفـرت الدولة مستشـفيات الأمل لعـلاج المدمنيـن. ولكنه عـلاج طويـل المـدى. وهنا نعـود إلى مقولـة: «الوقايـة خير مـن العـلاج» فنجدهـا لا تـكاد تنطبق على شـيء كما تنطبـق علـى تجنب الانـزلاق إلـى هاويـة المخدرات وشرورها المدمرة.



تدخين السجائر والشيشة والمعسل إدمان يمكن الوقاية منه، وفي ذلك وقاية من كثير من أمراض الصدر والقلب والشرايين.

ما هي الأسباب التي تؤدي إلى الإدمان؟

هناك ثلاثة أسباب رئيسة، بالإضافة إلى أسباب فرعية كثيرة..

أول سبب: هو البعد عن الدين. فمعرفة الدين معرفة صحيحة والالتزام بأوامره والبعد عن نواهيه فيها وقاية من كثير من الشرور والآثام ويأتي على رأسها المخدرات.

السبب الثاني: هو تفكك العائلة. كأن ينشغل الأب والأم عن تربية أبنائهما تربية صحيحة، أو عدم إعطاء الأبناء القدوة الحسنة، أو طلاق الأبوين.

أما السبب الثالث فهو: رفقاء السوء. ولذا وجب على كل فتى وفتاة أن يحسن اختيار رفاقه.

الأسباب الأخرى الفرعية تشمل السفر مع رفقاء السوء، والفراغ، وكثرة المال في يد الشاب أو الفتاة، ومحاولة تجربة المخدر لسبب من الأسباب ثم يفاجأ الإنسان بأنه وقع في شرك لا يسهل الفكاك منه.

كيف نتقي شر الوقوع في المخدرات؟

بالاتصال بالله سبحانه وتعالى في كل أمورنا، والبعد عن رفقاء السوء، والحرص على الروابط الأسرية وأخيراً وليس

آخراً أن يقول الإنسان بملء فمه: «لا» لأي إغراء أو سبب يدعوه لأن يجرب تناول أي نوع من أنواع المخدرات. لأن بداية التجربة هي الطريق إلى الإدمان.

كيف أعرف أن أحداً من الناس المحيطين بي مدمن على المخدرات؟

في كثير من الأحيان لا تبدو مظاهر الإدمان واضحة جلية، حيث يبدأ الأمر بكثرة التغيب عن المدرسة أو البيت، أو التدني في المستوى الدراسي، أو التغيب عن العمل أو كثرة النوم أو الأرق أو الإهمال في الملبس أو المأكل أو كثرة طلب المال، أو فقدان بعض مقتنيات المنزل. إلى أن يتمكن المخدر من المدمن فيروح يبحث عن الجرعة المخدرة بكل الوسائل. فتراه مصاباً بالهلوسة، أو الاكتئاب، أو الهيجان، أو العنف، أو عدم التركيز، أو التذلل ودناءة الخلق.

كيف يمكنني الإدلاء بمعلومات عن مدمن أو مروج أو موزع مخدرات؟

هذا سؤال جيد ينم عن شخصية مستقلة لا ترضى السوء أو الضيم على نفسها أو على الآخرين. أفضل طريقة للإبلاغ عن المدمنين أو المروجين أو الموزعين في المملكة العربية

السعودية هي الاتصال بالرقم ٩٩٥ أو على رقم الهاتف ٠١٤٦٢٩٣٩٣ أو على فاكس ٠١٤٦٢٦٢٧٣ أو على البريد الإليكتروني 995@gdnc.gov.sa

موضوع المخدرات أثار اهتمامي وعلي أن أنقل الصورة إلى زملائي وأصدقائي كي يتقوا شرها. فكيف أوسع معلوماتي عنها؟

يمكنك الحصول على كثير من المعلومات عن قضايا المخدرات عن طريق الإنترنت من المصادر الموثوقة، وخاصة موقع اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات ومستشفيات الأمل ومنظمة الصحة العالمية.

حالات من واقع الحياة:

- **الحالة الأولى:**

سمير في المرحلة الثانوية من دراسته. من أسرة ميسورة الحال يحيطه أبواه برعاية طيبة كما أنه متفوق في دراسته. مشكلته الرئيسة أنه لم يحسن اختيار أصدقائه وجلسائه. اشتكى ذات يوم لصديق له من بعض الإرهاق نتيجة للسهر وقلة النوم. فأعطاه الصديق حبة ادعى أنها سوف تنشطه وتذهب عنه الخمول

والتعب.. تكرر الأمر وفي كل مرة يتطوع صديقه بإعطائه الحبة التي تذهب الإرهاق والخمول وتعيد إليه النشاط. بعد عدة مرات ذهب إلى صديقه يرجوه أن يعطيه حبة الدواء لأنه أصبح في أمس الحاجة إليها ليستعيد نشاطه. وفاجأه صديقه بأن الحبة مكلفة وأن عليه أن يدفع قيمتها. واكتشف سمير أنه كان يتناول حبوب مخدرات وأنه بدأ أولى مراحل الإدمان عليها.

لم يكن مصروف سمير اليومي يكفي لشراء المخدر فأصبح يسعى إلى إيجاد المال بأي وسيلة مهما كانت دنيئة ومبتذلة، وبخاصة أن الحبة قادته إلى أنواع أخرى من المخدرات أقوى مفعولاً وأغلى ثمناً. ومع الأيام انزلق سمير إلى هاوية الإدمان. فقد زاد التصاقه برفقاء السوء، وساءت علاقته مع والديه وأفراد أسرته، وتأخر تحصيله الدراسي حتى أصبح مهدداً بالطرد من المدرسة. امتدت يداه إلى مال الغير، وأصبح عبداً ذليلاً للمخدرات وموزعي المخدرات.

لنا جميعاً أن نتخيل الصورة التي انتهى إليها أمر شاب في مقتبل حياته كان أمامه مستقبل مشرق وتحيط به أسرة محبة بعد أن تردى في هاوية المخدرات. ولنا أن نتصور كيف يكون الأمر لو أنه أحاط نفسه

بأصدقاء صالحين، ولو أنه من أول يوم قال لا.. للمخدرات.

- **الحالة الثانية:**

روى لي أحد الأصدقاء قصته مع صاحب له كان يأنس إليه لثقافته ودماثة أخلاقه وطيب معشره. غاب عنه بضع سنوات ثم لقيه فإذا به رث الثياب، زري الهيئة، زائغ النظرات. سلم عليه فلم يكد يعرفه. سأله عما حل به فإذا به أدمن المخدرات، وباع من أجلها ممتلكاته، وترك وظيفته، وتفككت عائلته، وتخلى عنه أصدقاؤه. يكمل صديقي روايته فيقول: «لم يفارقني صاحبي القديم حتى حصل مني على بعض النقود يشتري بها المخدر. وصار كلما لقيني لا يفارقني حتى يحصل مني على ما يشتري به السم الذي ابتلي به».

- **الحالة الثالثة:**

كان المؤلف يزور مستشفى لعلاج المدمنين والتقى بمجموعة من الشباب في جلسة جماعية لتلقي العلاج النفسي الجماعي. دار حوار بينه وبينهم عن البواعث الرئيسة وراء إدمانهم. فكانت إجاباتهم لا تعدو أن تكون: رفقاء السوء، وتفكك العائلة، والابتعاد عن الدين.

- **الحالة الرابعة:**

قصة أخرى من أرض الواقع لمأساة ولدت من رحم المخدرات يقدمها برنامج أعدته المديرية العامة لمكافحة المخدرات. كان الأب المدمن في حالة هيجان يبحث عن المال، صرخ في وجه زوجته يطلب منها توفير المال حالاً، ردت بأنها لا تملك شيئاً من طلبه، زادت تشنجاته وتضاعف هيجانه. قذفها بآلة حادة كانت على مقربة منه. تجاوزتها الآلة لتصيب طفله الصغير الذي كان على باب الغرفة فسقط ميتاً!

موضوعات للحوار:

يقوم الدارس على ضوء ما قرأه آنفاً وبحث عنه في موضوع المخدرات في المصادر الموثقة بعقد حلقة نقاش حول موضوع المخدرات. يستعرض فيها مع زملائه أطراف المشكلة، ومن بينها النقاط التالية:

- ما هي الأسباب التي قد تدفع الشباب إلى الانزلاق في هاوية المخدرات؟
- ما هي المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية والصحية التي يمكن أن يتمخض عنها إدمان المخدرات؟

- كيف يمكن أن نتقي هذا المنزلق الخطير؟
- هل لدى المشاركين في حلقة النقاش قصص حول الإدمان من واقع الحياة؟

تدريبات عملية لطلاب المدارس:

- يعد بعض طلاب الصفوف العليا في المدرسة محاضرات عن مشكلة المخدرات وطرق الوقاية منها مدعومة بالصور وأفلام الفيديو لعرضها تحت إشراف أساتذتهم على الطلاب الأصغر سنّاً.
- يكلف بعض الطلاب بإعداد لوحات وأشكال توضيحية عن مشكلة المخدرات، على أن تعرض في معرض الفنون في المدرسة وتعطى عليها جوائز تقديرية.

إدارة الرعايــة الصحيــة الأوليــة

التخطيـط الصحـــي

عندمـا مـن اللـه علـيَّ – مـع بدايـة الطفـرة الاقتصاديـة فـي بلادنـا – بمبلـغ مـن المـال قـررت أن أبني «فيـلا» صغيـرة على قدر فلوسـي. نقلـت فكرتي إلـى المهنـدس المعمـاري: «أريدها فيـلا جميلـة صغيـرة مريحـة تكفينـي وأسـرتي وفـي حـدود ميزانيتـي». قـال لي المهنـدس:.. هـذا كلام عام.. تعـال نتحدث بلغة الأرقام.

ما مسـاحة الأرض؟ مـا مسـاحة البناء؟ كـم ارتفـاع الفيلا؟ ما طولها ومـا عرضها؟ كم عـدد الغرف؟ كـم مسـاحة كل غرفة؟.. وابتدأ مشوار التخطيط للفيلا بحساب المتر والسنتيمتر.

التخطيـط الصحـي لا يختلـف مـن حيـث المبـدأ عن إنشـاء عمـارة أو صنـع سـيارة أو حتـى صناعـة قلم حبـر كالـذي أكتب بـه. يجـب أن يسـتند إلـى الأرقام حتـى يمكـن تحويله مـن فكرة إلى حدث.

من المؤسف أن الخطط الصحية في أغلب دول العالم النامي تندرج تحت باب:

منى إن تكن حقّاً فهن أحسن المنى
وإلا فقد عشنا بها زمناً رغدا

كثيراً ما تجد في الخطط الصحية تعابير عامة غير محددة مثل: «تهدف الخطة إلى إيصال الرعاية الصحية إلى جميع السكان»، أو: «سوف نقضي على مرض الملاريا»، أو: «سوف نحقق مستوى مرتفعاً من الرعاية الصحية». وهي تعابير عامة غير قابلة للقياس، ومن ثم لا يمكن أن يبنى عليها خطة صحية.

وقد تجد في الخطط الصحية أرقاماً وإحصاءات. إلا أنها لا تعبر عن الأهداف بقدر ما تعبر عن الوسائل. أرقام نرحب بوجودها ولكنها لا تعكس أهدافاً حقيقية. مثال لذلك: أن نهدف إلى مضاعفة عدد الأسرة، أو الارتفاع بمعدل الأطباء من ٦, ١ لكل ألف من السكان إلى ٢ لكل ألف من السكان، أو إنشاء ٢٠٠ مركز صحي. هذه الأرقام كما قلت نرحب بها بيد أنها تعبر عن الوسائل أكثر مما تعبر عن الأهداف.

التخطيط الصحي يجب أن تصاغ أهدافه بناءً على الإحصاء الحيوي:

وأعني بالإحصاء الحيوي معدلات الأمراض والوفيات وغيرها من المعدلات التي تتصل بحياة الإنسان. ولأضرب

مثلاً لبعض الإحصاءات الحيوية التي يجب أن تصاغ على أساسها الخطط الصحية.

- الانخفاض بوفيات الأطفال الرضع من ٢٠ في الألف إلى ١٥ في الألف.
- الانخفاض بوفيات الأمهات الحوامل من ٥ إلى ٣ في كل عشرة آلاف ولادة.
- الانخفاض بمعدلات الإصابة بأمراض مثل السل أو البلهارسيا أو السرطان أو السكري أو ضغط الدم أو حوادث الطرق من مستوى معين إلى مستوى آخر.

ولنتذكر أننا لا نستطيع أن نتخذ عدد المستشفيات والأسرة، أو عدد الأطباء، أو ميزانية الصحة كمؤشرات حقيقية للمستوى الصحي في المجتمع، أو ليكون قاعدة سليمة للتخطيط الصحي فيه. وذلك لعدة أسباب يأتي على رأسها:

- **احتمال سوء التوزيع:** فقد تحظى منطقة ما بنصيب الأسد من هذه الموارد وتحرم منها أو تكاد مناطق أخرى.
- **احتمال سوء الإدارة:** قد تشغل أسرة المستشفيات بمرضى لا يحتاجون إلى التنويم، أو قد يقوم الأطباء بعمل الفنيين الصحيين لعدم التوازن بين أعداد الفئتين بما يصاحب ذلك من هدر للإمكانات. أو قد

تنشأ في منطقة ما مستشفيات في حين أن الحاجة الحقيقية لمراكز الرعاية الصحية الأولية، أو قد تنفق أموال طائلة على شراء أجهزة طبية في حين أنه لو أنفق نصف هذه الأموال على إصحاح البيئة أو التثقيف الصحي لكان ذلك أولى.

التجارب الدولية في هذا المضمار كثيرة ومتعددة نستطيع أن نلم بها ونتعلم منها. مثال على ذلك الدراسات والبحوث التي تصدرها سنويّاً منظمة الصحة العالمية. يمكن أن تكون مرجعاً نستند إليه في المراحل الأولى من التخطيط الصحي إلى أن نجمع مزيداً من المعلومات.

أستعرض هنا طرفاً من الإحصاءات التي تنشرها سنويّاً منظمة الصحة العالمية عن الوضع الصحي والخدمات الصحية في ١٩٣ دولة. ومن بين عشرات الأرقام والجداول اخترت أربعة معايير لقياس مستوى الصحة لنتعرف على دلالاتها. مع التذكير مرة أخرى أن المعيار الحقيقي يجب أن يستند إلى الإحصاءات الحيوية. هذه المعايير هي:

١- معدل الأطباء إلى كل ١٠٠٠ من السكان.

٢- معدل أسرة المستشفيات إلى كل ١٠٠٠ من السكان.

٣- مقدار ما يصرف على صحة الفرد في السنة بالدولار.

٤- معدل وفيات الأطفال الرضع من بين كل ١٠٠٠ طفل حي يولد في السنة.

نلاحظ أن المعدل الأخير (وفيات الأطفال الرضع) هو الإحصاء الحيوي الوحيد في المجموعة وله أهمية خاصة كوسيلة للتخطيط الصحي. فالأطفال في السنة الأولى من حياتهم تتأثر صحتهم بعوامل عديدة منها بيئة البيت (البيئة الصغرى)، وبيئة المجتمع (البيئة الكبرى)، واقتصاديات الأسرة، وتعليم الأم، وغير ذلك من العوامل الاجتماعية والاقتصادية. ومن هنا فإن هذا المعيار يعد من أفضل المعايير لقياس مستوى الصحة في أي مجتمع. فكلما انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع في المجتمع دل ذلك على ارتفاع مستوى الصحة. شريطة أن يقاس هذا المعدل بمقياس علمي دقيق مع ما في ذلك من صعوبات.

بالرجوع إلى الإحصاءات التي تنشرها منظمة الصحة العالمية سنويّاً نجد بعض الدلالات مثل:

١- مقارنة الوضع الصحي بين الولايات المتحدة الأمريكية وماليزيا:

بالرغم من أن الولايات المتحدة الأمريكية لديها معدل أسرة ومعدل أطباء أكثر من ماليزيا، ومقدار

ما تصرفـه على صحـة الفرد عشـرة أضعاف مـا تصرفه ماليزيـا إلا أن معـدل وفيـات الأطفـال الرضـع فـي الولايـات المتحـدة الأمريكيـة أعلـى مـن معدلهـا فـي ماليزيـا. ويرجـع ذلك إلـى عـدم الاسـتفادة المثلى من المصادر المالية والبشرية المتوفرة لدى أمريكا.

٢- مقارنـة الوضـع الصحـي بيـن الولايـات المتحـدة الأمريكية وفنلندا:

بالرغـم مـن أن فنلنـدا تصـرف علـى الفـرد فـي السـنة نحواً مـن نصف مـا تصرفـه الولايـات المتحـدة إلا أن معـدل وفيـات الأطفـال الرضـع فيهـا نصـف المعـدل في أمريكا.

من هـذه المعلومـات وغيرها كثيـر ممـا يمكن أن نسـتقيه من تقاريـر منظمـة الصحـة العالميـة السـنوية عـن الصحـة فـي دول العالـم، يتضـح لنـا أن مسـتوى الصحـة فـي المجتمـع لا يعتمد علـى عـدد الأطبـاء والأسـرة وميزانيـة الصحـة، بقـدر مـا يعتمد علـى أسـلوب إدارة الرعاية الصحيـة، بمعنى آخر الإفـادة المثلى مـن المـوارد الصحيـة، وكيفيـة تحديد سـلم الأولويـات، ومدى التـوازن بيـن مـا يصـرف علـى الرعايـة العلاجيـة والرعايـة الوقائية.

نستطيع أن نستطرد إلى ما لا نهاية في نقاش العوامل التي تؤثر على جودة الرعاية الصحية. ولكننا نستطيع أن نوجزها في كلمات قلائل.. هي القدرة على التخطيط بأسلوب علمي سليم، وإدارة الموارد البشرية والمالية بأسلوب فعال. والبعد عن المركزية في التنفيذ مع المتابعة والمحاسبة.

اللامركزيـــة

فنلندا من أرقى دول أوروبا اقتصاديّاً وصناعيّاً. تطورت خلال النصف الأخير من القرن العشرين من بلد متخلف نسبيّاً عن بقية دول أوروبا الغربية لتصل إلى أعلى مستوى لدخل الفرد ومستوى المعيشة. عدد سكان فنلندا ٥,٤ مليون نسمة. وهي مقسمة إداريّاً إلى ٣٤٢ وحدة إدارية تسمى كل منها الكوميون (Commune). الكوميون قد يكون قرية أو مدينة صغيرة أو ضاحية في مدينة. عدد سكان الكوميون يتراوح ما بين ١٠,٠٠٠ نسمة إلى ١٠٠,٠٠٠ نسمة. إذا نظرنا إلى الرعاية الصحية في فنلندا نجد لكل وحدة (كميون) كبرت أم صغرت استقلاليتها المالية والإدارية، ولها ميزانيتها الخاصة بها، يأتي بعضها من الإدارة المركزية (وزارة الصحة والشئون الاجتماعية في العاصمة هلسنكي) والبعض الآخر من الضرائب المحلية.

أول زيارة لي إلى فنلندا كانت قبل ما يقرب من ٣٠ عاماً مع بعض طلابي في الدراسات العليا. شددنا الرحال إليها من أجل دراسة الوضع الصحي والرعاية الصحية في فنلندا بترتيب من منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة الفنلندية.

وزارة الصحة والشئون الاجتماعية في العاصمة هلسنكي تضم عدداً محدوداً من الخبراء والاختصاصين في التخطيط الصحي والإدارة الصحية مهمتهم وضع الخطط العامة، والأهداف الصحية، ومعايير الجودة. أما إدارة الخدمات الصحية فهي مسؤولية الإدارة المحلية (الكميون). سكان الكميون يختارون من بينهم أفراداً من المجتمع متطوعين، منهم الطبيب والمهندس والتاجر والصانع يشكلون فيما بينهم المجلس الصحي للكميون، مسئوليتهم المشاركة في تخطيط ومتابعة وتقييم الرعاية الصحية في الكميون.

من حقهم إذا شاؤوا (وبدون أن يرجعوا إلى أى جهة أعلى) أن ينفذوا برامجَ لتدريب المساعدين الصحيين، أو ينشئوا مركزاً صحيّاً، أو ينشئوا جناحاً في المستشفى، أو يعينوا أطباء وممرضات. يتخذون قراراتهم بأنفسهم وميزانيتهم بين أيديهم يصرفون منها ويتحملون مسئوليتها. لهم الحق إذا شاؤوا أن يتعاونوا مع وحدات أخرى مجاورة ينشئون معها برامج مشتركة بدون أن يرجعوا في ذلك إلى

الوزارة في العاصمة هلسنكي. المهم هو أن يحققوا المستوى الصحي الذي رسمته وزارة الصحة في خطتها السنوية. هذا المستوى لا يقاس بعدد الأطباء أو الأسرة أو المراكز الصحية وإنما بالإحصاءات الحيوية التي تتمثل في معدلات الأمراض والوفيات. أعضاء المجلس الصحي في الكميون لا يهدرون أوقاتهم وطاقاتهم في تبادل المعاملات والخطابات بينهم وبين الوزارة. وإنما توجه جهودهم لتحقيق الأهداف المناط بهم تحقيقها.

في المقابل يحضرني من بلادي موقف له دلالة. صديق لي تزوجت ابنته الطبيبة وأرادت أن تحصل على إجازة بدون مرتب لمدة شهر. اتصل بي صديقي لأتوسط لابنته عند المسئولين في الوزارة فالمسألة لا يبت فيها إلا على أعلى مستوى إداري!!.

ترى كم من الوقت والجهد والمال نصرفه نحن في المعاملات التي تذهب وتجيء بين الوزارة ومديريات الشئون الصحية، وتلك التي تدور بين مديريات الشئون الصحية من جهة والمستشفيات والمراكز الصحية من جهة أخرى؟

أنقل فيما يلي ما جاء على لسان جراح قلب سعودي معروف في بعض ما نشرته الصحف من ذكرياته عن

العمليات الجراحية التي كان يقوم بها لتغيير صمامات القلب لمرضاه: «كنت أطلب تكاليف الصمامات بمعاملة طويلة تدور في فلك البيروقراطية القاتلة. ولولا أننا تلقينا دعماً كبيراً من خادم الحرمين الشريفين الملك فهد رحمه الله لكنا في موقف لا نحسد عليه من المرضى».

أسئلتي التي أود أن أطرحها:

ما الذي يمنع من أن تخصص لكل منطقة شئون صحية ميزانية يصرف منها على تنفيذ وتطوير الرعاية الصحية في المنطقة بدون أي تدخل من الوزارة، ومن ثم تحاسب المنطقة على ما أنجزته على ضوء معايير الجودة التي تضعها الوزارة؟

ما الذي يمنع من أن يكون لكل مستشفى ميزانية خاصة به اعتماداً على حجمه والتخصصات التي فيه وعدد الذين يخدمهم، يديره ويحاسب على أعماله مجلس إدارة بعض أعضائه من أفراد المجتمع؟

لماذا لا يكون لكل مركز رعاية صحية ميزانية خاصة يتولى الإشراف على صرفها مجلس إدارة من العاملين في المركز وبعض المواطنين الذين يخدمهم المركز ويحاسبون على النتائج؟

طرحت هذه الأفكار ذات مرة على أحد المسئولين فكان اعتراضه هو أنه لا يوجد لدينا مديرون قادرون على تحمل مثل هذه المسؤوليات. عجبي!! وهل تراها أعقمت؟ ولماذا لا نحسن اختيار المديرين، وندربهم، ونضع كلّاً منهم أمام مسؤوليته؟

أذكر أني مع بداية حياتي الوظيفية عينت مديراً للتخطيط في وزارة الصحة. وفي اجتماع رأسه الشيخ جميل الحجيلان وزير الصحة آنذاك. قلت له بحماس الشباب..: مشكلتي معك يا شيخ جميل أنك الوزير وأنا موظف عندك. تبسم الشيخ جميل.. وقال:.. قل يا بني ما في خاطرك.

قلت:.. هل تعرف أن عدداً من سكان المنطقة الشرقية يذهبون إلى البحرين للعلاج؟ (كان ذلك قبل أكثر من ٤٠ عاماً).

- قال: لماذا؟

- قلت: لأن الرعاية الصحية في البحرين أفضل.

- سألني متعجباً: وكيف ذاك؟

- قلت: لأن البحرين بالرغم من صغر حجمها مقارنة بأي منطقة شئون صحية عندنا. مسؤول عنها وزير له حق التصرف. ولو أن كل مدير شئون صحية عندنا له صلاحية

الوزيـر فـي التصـرف لفاقـت الرعايـة الصحيـة عندنـا الرعايـة الصحية في البحرين بما لدينا من إمكانات.

هكـذا كان إيمانـي بأهميـة عـدم المركزية قبـل أربعـة عقود. ومـا زال إيمانـي بها قائمـاً حتى اليـوم، وسـيظل قائماً غـداً وبعد غـد. بـدون اللامركزيـة التـي يصاحبهـا المتابعـة والمسـاءلة، ويعقبهـا الثـواب والعقـاب، لـن نتمكـن مـن الارتقـاء بالرعايـة الصحية إلى المستوى الذي نتمناه.

مشاركـة المجتمـع



أفراد المجتمع يجب أن يكون لهم دور إيجابي في تخطيط وتنفيذ وتقييم الرعاية الصحية المقدمة لهم. هذا ما تنادي به منظمة الصحة العالمية.

ألمحت فيما سـبق من فصـول إلى أهميـة «مشـاركة المجتمع». في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية.

فالمجتمع هو المستفيد من الرعاية الصحية. وكلما أدرك أفراد المجتمع أن الرعاية الصحية منهم ولهم كانوا أحرص ما يكون على الحفاظ عليها والارتفاع بمستواها.

الرغبة في العطاء طبيعة أودعها الخالق جل وعلا في الإنسان. يجد فيها من الرضا ما لا يجده في الأخذ. تحدث بهذا الأولون وجاءت به الشرائع السماوية. فلم لا نستفيد من هذه النزعة الإنسانية في تطوير الرعاية الصحية؟

الشواهد من التاريخ كثيرة.. جاء في الأثر: (لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه) و:(المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضاً). وهؤلاء صحابة النبي صلى الله عليه وسلم رضوان الله عليهم. عبد الرحمن بن عوف بلغ من عطائه أن كان يقال إن أهل المدينة جميعاً شركاء لابن عوف في ماله، ثلث يقرضهم، وثلث يقضي عنهم ديونهم، وثلث يصلهم ويعطيهم. وعثمان بن عفان جهز ثلث جيش العسرة، وأبو بكر الصديق أعتق كثيراً ممن أسلم من العبيد المستضعفين وعلى رأسهم بلال بن رباح. وهؤلاء الأنصار يتقاسمون ما يملكون مع المهاجرين. وهذه زبيدة امرأة الرشيد تنشئ عين زبيدة لسقيا الحجاج في مكة وتنفق عليها مئات الملايين بحساب اليوم.

ومـن أمريـكا تأتينـا أخبـار المليارديـر بيـل جيتـس وزوجتـه اللذين تبرعا بعشـرة بلاييـن دولار لتطويـر اللقاحـات الواقية من الأمـراض. وصاحبهمـا واريـن بوفيـت أحد أغنـى أغنيـاء العالم يعيش حيـاة أقرب إلـى التقشـف ويتبرع بــ ٨٥٪ من ثروتـه التي تحسب بآلاف الملايين لأعمال الخير.

ومـن بلادنـا نسـتطيع أن نضـرب أمثلـة لأصحـاب الخيـر والعطاء عرفتهـم عن قـرب. لا يتوانون عـن دعم مشـاريع الخير بالجهد والمال. أرجو أن أكون في حل من ذكر أسمائهم.

يحضرنـي بهـذه المناسـبة مـا ذكـره الفيلسـوف البريطانـي بيرتراند رسـل فـي كتابـة «انتصار السـعادة»* مـن أنـه بالرغم من كونه ينحـدر من عائلـة غاية في الثـراء إلا أنه كان في شـبابه يائسـاً قانطاً علـى شـفا الانتحـار. ذلـك أن اهتماماتـه كانت تـدور حول نفسـه. ومع تقـدم العمر وتجربـة الحيـاة أصبحـت اهتماماته تدور حول قضايا الآخرين، فغدت حياته مفعمة بالخير والأمل.

نكتفـي بهـذا القـدر للدلالـة علـى اسـتعداد الإنسـان الفطري لبـذل الوقـت والجهـد والمـال من أجـل خيـر الآخريـن. بيد أن الإنسـان يحتاج إلـى أن يقتنع بـأن ما يبذلـه من وقـت أو جهد أو مـال سـيذهب فـي سـبيل الخيـر. ولكـي يقتنـع يجـب أن يفهـم ويـدرك. ومـن هنـا جـاءت الدعـوة إلـى إشـراك أفـراد مـن المجتمـع في وضـع الخطـط والبرامـج الصحيـة. نناقشـهم فيها

ونستمع إلى آرائهم ووجهات نظرهم ومتطلباتهم ونتيح لهم الفرصة لأن يبذلوا من وقتهم وجهدهم ومالهم إن شاؤوا.

كنت أزور مركزاً صحيّاً في منطقة الباحة. طبيب المركز يتردد عليه في اليوم الواحد أكثر من ٧٠ مريضاً. متوسط ما يبذله من وقت مع كل مريض لا يزيد على دقيقتين! أي أن لديه فائضاً من الوقت. ولكنه لا يستفيد منه في الأنشطة الوقائية. سألته - وأنا مدرك لإجابته سلفاً -: لماذا لا يخرج بأنشطة المركز الصحي إلى المجتمع؟ قال: إن ذلك ممنوع نظاماً.

عدت فسألته: لماذا لا يفوض بعض مهامه في تشخيص وعلاج الحالات المرضية البسيطة إلى بعض مساعديه لكي يتفرغ للإشراف على تطوير الصحة في المجتمع ووقايته من الأمراض. سألته هذا السؤال وأنا مدرك أيضاً للإجابة سلفاً. فالنظام لا يسمح له بذلك. على الرغم من أنه معروف علميّاً أن أكثر الحالات المرضية التي تتردد على المراكز الصحية والعيادات الخارجية في المستشفيات حالات عارضة، ولأن مناعة الجسم تعمل عملها في مواجهة العارض المرضي فإنه عادة ينتهي ويزول بدونما حبة دواء. أو شكة إبرة.

بيد أن الطبيب أضاف قائلاً: حتى لو سمح لي النظام بتفويض علاج الحالات البسيطة إلى بعض مساعدي فالمجتمع نفسه لا يقبل ذلك.

أما الذي لم يقله الطبيب ولكن أثبتته الدراسات فهو أن:

- كثيرًا من الاطباء لا يتصورون أن الممرض أو أي من أفراد الفريق الصحي قادرً على تشخيص وعلاج الحالات البسيطة العارضة. حجة الطبيب في ذلك هي: وماذا لو أخطأ الممرض؟ ولا يسأل الطبيب نفسه وماذا لو أخطأت أنا؟ ففي ظل الدقائق المحدودة التي يمضيها الطبيب في علاج المريض (كما يحدث فعلاً في كثير من العيادات الخارجية في المستشفيات العامة وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العالم العربي، وفي ظل غياب وسائل التشخيص المعملي والإشعاعي، وغياب المحاسبة العلمية لدور الطبيب في الارتقاء بالصحة)، نجد الطبيب نفسه عرضة ولا شك للخطأ.
- الغالبية العظمى من الأطباء العامين في العالم العربي غير مهيئين بقدر كاف لتشخيص المشكلات الصحية في المجتمع، والارتقاء بمستوى الصحة فيه (وأنا محاسب على هذا الكلام)، وفاقد الشيء لا يعطيه.

استوقفني ما قاله الطبيب من أن المجتمع لا يقبل فكرة أن يفوض الطبيب تشخيص وعلاج الحالات البسيطة لمساعديه ليقوم هو على الإشراف على الارتقاء بمستوى الصحة في

المجتمع. ترى هل هذا صحيح حقّاً؟ وهل سبق أن نوقشت الفكرة مع أفراد من المجتمع قبل أن نحكم بأنهم سيقبلونها أو يرفضونها؟

اتصلت بشيخ القرية ورجوته أن يجمعني ببعض وجهائها وأصحاب الرأي فيها. لقيتهم بعد صلاة الظهر وأدرت معهم حواراً استمر ساعة أو يزيد.

قلت: تعرفون أن مهمة مركز الرعاية الصحية الأولية ليست مجرد صرف العلاج للمرضى المترددين على المركز، وإنما يجب أن تشمل إصحاح البيئة، وتحسين التغذية، والتثقيف الصحي، ورعاية الأمومة والطفولة، والوقاية من الأمراض. والدور الذي يقوم به المركز في هذا قليل.

- وافقوني على ذلك.
- قلت: ما الذي تقترحونه؟
- قالوا: زيادة عدد الأطباء.
- قلت: الأمر ليس بهذه السهولة فوزارة الصحة ليس لديها فائض من الأطباء.
- قالوا: وما العمل؟
- قلت بعد حوار حول الموضوع: ماذا لو فوض الطبيب للممرض والممرضة علاج بعض الحالات المرضية

البسيطة (والتي تكون فعلاً غالبية الحالات التي تتردد على المركز الصحي) ليتفرغ هو للإشراف على تقديم الخدمات التي ذكرتها؟

- قالوا: وماذا لو أخطأ الممرض أو الممرضة؟

ملاحظة جيدة جرتني إلى ذكر أن الممرض المدرب يعرف حدوده فلا يتجاوزها. وأن أغلب المرضى الذين يرتادون المركز الصحي أمراضهم بسيطة لا تحتاج بالضرورة إلى علم وخبرة الطبيب، وفي العديد من دول العالم تقوم الممرضة أو الممرض (بعد التدريب الملائم وتطبيق نظام المتابعة والتقييم) بعلاج الحالات البسيطة مما يتيح فرصة للطبيب أن يخصص شطراً من وقته وجهده للتطوير الصحي والوقاية من الأمراض، ليس ذلك فحسب وإنما قضاء شطر من وقته في المجتمع.

- قال أحدهم..: يا دكتور أنت أعرف منا. إذا كنت تقول إن هناك دولاً يقوم فيها الممرض بتشخيص وعلاج الحالات المرضية البسيطة، وتقول لنا إن هذا أفضل للمجتمع حتى يتفرغ الطبيب لشئون التطوير والوقاية.. فنحن مستجيبون.

أذكر هذه الحالة لما لها من دلالة.

لو أننا أشركنا وجهاء المجتمع وقادته في خططنا الصحية ومشاريعنا وبرامجنا لكان ذلك أدعى لإحساسهم بالانتماء، ولأن يسهموا بدور إيجابي في مختلف جوانب الرعاية الصحية. لن يعوزنا أن نجد القادرين على المشاركة والراغبين فيها تطوعاً. في كل مدينة من مدن المملكة بل وفي كثير من القرى سنجد شباباً ذكوراً وإناثاً تلقوا تدريباً قل أو كثر في علوم الإدارة والصحة والاجتماع والاقتصاد والتربية. يمكن الاستفادة منهم كمتطوعين في تخطيط وتنفيذ ومتابعة وتقييم البرامج الصحية بالتعاون مع أفراد الفريق الصحي.

حدثني مسؤول في إحدى الغرف التجارية أن عشرات من الفتيات سجلن أسماءهن متطوعات في الأنشطة الاجتماعية. كما أن كارثة السيول بمدينة جدة ليست عنا ببعيد، يومها تصدى لعمليات الإنقاذ والمساعدة مئات من المتطوعين ذكوراً وإناثاً من مختلف الأعمار والجنسيات.

لا يفوتني هنا أن أعرج على بعض التجارب التي مررت بها شخصيّاً ولها دلالاتها من حيث استعداد أفراد المجتمع للمشاركة في الخدمة العامة وبخاصة الجوانب الصحية.

درجنا في كلية الطب بجامعة الملك سعود على أن نأخذ طلاب السنوات الأخيرة لفترة أسبوعين إلى بعض القرى للتدريب الميداني على الصحة العامة، حيث يقومون بدراسة

الأوضاع الصحية، وإجراء بعض الفحوصات السريرية والمعملية، والتثقيف الصحي، وتطعيم الأطفال. في إحدى السنوات قمنا بالتدريب الميداني في قرية تمنية بمنطقة عسير. وإذ وجدنا أن القرية ينقصها النظافة قررنا أن نخصص يوماً لتنظيفها. اشترك الأساتذة وطلاب الطب وتلاميذ المدرسة في حملة النظافة. بينما شاركت تلميذات المدرسة من منازلهن في تنظيف البيوت. ولم يأت عصر ذلك اليوم إلا والقرية تكاد تلمع من النظافة. احتفل سكان القرية بإنجازهم وكان الجميع سعداء بما بذلوا من جهد.

وفي سنة تالية قمنا بالتدريب الميداني في قرى الأسياح بالقصيم. احتجنا إلى إعداد خريطة توضح أرقام المنازل فقام بالمهمة مدرسو المدرسة. أما مدرسات المدرسة فاستقطبناهن ليقمن بالتثقيف الصحي للأمهات بعد أن دربناهن على عرض الأفلام الصحية والتعليق عليها. استضافنا الأهالي للإقامة في بيوتهم ووفروا لنا وسائل المواصلات وكان عددنا ما بين أساتذة مشرفين وطلاب يربو على الخمسين.

وفي دورة تدريبية عن الرعاية الصحية الأولية أقمتها للأطباء في بعض قرى بنجلادش خصصت يوماً من أيام الدورة للقيام بحملة تنظيف في القرى. وإذا عرفنا مدى الفارق الاجتماعي بين القروي والطبيب في بنجلادش أدركنا

أنه لم يكن من اليسير على الطبيب أن يقبل بالنزول إلى شوارع القرية لتنظيفها إلا عندما شاهد أستاذه يفعل ذلك. كان الهدف هو إشعار الطبيب بأنه قدوة لأفراد المجتمع. وبالفعل لم يكد القرويون يرون أطباءهم يجمعون القمائم حتى سارعوا بالاشتراك في حملة التنظيف.

الخلاصة هي أن بعض أفراد المجتمع لديهم القدرة والاستعداد للمشاركة وبذل الجهد والمال في الخدمة العامة وعلينا الاستفادة من هذ الاستعداد للخدمة العامة في مشاريعنا الصحية.

التعليم الطبي.. وأثره
على الرعاية الصحية الأولية

مقدمة.. لا بد منها:

خدعوك فقالوا إنه ليس هناك علاقة وثيقة بين مناهج التعليم الطبي التي نتلقاها في كلياتنا ومعاهدنا الصحية والرعاية الصحية التي نقدمها لمجتمعاتنا. الصحيح أن هذه العلاقة وثيقة إلى أبعد الحدود. بل قد يكون أكبر عامل مؤثر على الرعاية الصحية الأولية هو التعليم الطبي في جميع مراحله، جنباً إلى جنب مع طبيعة النظام الصحي. وأنا هنا أتحدث عن جميع بلدان العالم العربي قاطبة

دعني أسأل.. لماذا لا توجد في العالم العربي نماذج للرعاية الصحية الأولية تعطي الرعاية الصحية الشاملة (العلاجية والوقائية) كما حددت معالمها منظمة الصحة العالمية في مؤتمر الما آتا الذي عقد في منتصف السبعينيات الميلادية من القرن الماضي وشاركت فيه أكثر من مائة دولة أجمعت على أن

- الرعاية الصحية هي حجر الأساس في أي نظام صحي
- وأنها تشمل الجانبين العلاجي والوقائي
- وأن هدفها يجب أن يكون الارتفاع بالمستوى الصحي للمجتمع إلى جانب علاج أفراده إذا أصيبوا بالمرض
- وأنها يجب أن يخطط لها وتنفذ بالتعاون مع أفراد المجتمع
- وأن أهدافها يجب أن تخضع للقياس.

كل هذا وأكثر قيل في مؤتمر الما آتا منذ نيف وأربعين سنة. ولكننا لا نراه ينفذ على أرض الواقع في بلادنا العربية. المراكز الصحية في بلادنا العربية التي أطلقنا عليها (تجاوزاً) اسم مراكز الرعاية الصحية الأولية ما زال دورها الرئيس وصف العلاج لمن يرتادها من المرضى. وإذا كانت هناك أنشطة وقائية وتطويرية فهي أقل بكثير مما نتوقع.

السبب في رأيي هو أن كلياتنا الطبية ومعاهدنا الصحية لا تعدنا كأطباء وهيئة تمريض وفنيين صحيين وإداريين بقدر كاف لأداء الرعاية الصحية الأولية حقها. سألقي فيما يلي مزيداً من الضوء على المشكلة. داعياً بذلك إلى تطوير مناهجنا التعليمية في كليات الطب والمعاهد الصحية لنعطي الوقاية حقها كما يجب.

مناهج التعليم الطبي الحديث:

كنا ونحن ندرس الطب في الستينيات من القرن الماضي لا نكاد ننتهي من محاضرة إلا لنبدأ محاضرة. ولا نفرغ من امتحان حتى نشغل بامتحان آخر. أما الآن فقد اتجهت كثير من كليات الطب إلى تخفيض عدد المحاضرات والامتحانات، وذهبت كلية الطب في ماكماستر بكندا إلى أبعد من هذا، فمنذ أن يلتحق الطالب بها إلى أن يتخرج منها لا يستمع إلا إلى محاضرات محدودة ولا يعقد له امتحان واحد.

وقبل أن تستولي عليك الدهشة، دعني أؤكد لك أن الأستاذ والطالب في هذا النمط من التعليم كلاهما يبذل مجهوداً أكبر مقارنة بما يبذله الأستاذ أو الطالب في كلية طب تقليدية. فالتعليم في الكلية يتم من خلال ما نطلق عليه التعليم النشط. الذي ينشط فيه المعلم والمتعلم، ويبذل كلاهما جهداً كبيراً في البحث والتقصي والإعداد لحلقات النقاش والمشاركة فيها.

شاركت في مؤتمر عن التعليم الطبي عقد في مدينة براغ بجمهورية التشيك نوقش فيه أحدث ما توصلت إليه جامعات أوروبا في مناهج وأساليب التعليم الطبي، ومن مداولات المؤتمر والأوراق العلمية التي ألقيت فيه يتبدى جليّاً أن التغيرات بل قل الطفرات التي حدثت في العقود الأخيرة في

مناهج وأساليب التعليم الطبي لا تقل بحال عن التغيرات التي حدثت في مجال تقنية المعلومات.

وفي العقود الأخيرة بدأ أسلوب التعليم الطبي الذي يعتمد على حل المشكلات والتواصل مع المجتمع ينتشر. انبثقت فكرته من بعض كليات الطب الرائدة في الغرب مثل ماكماستر في كندا وماسترخت في هولندا ونيوكاسل في إنجلترا. وتمارسه الآن عدة مئات من كليات الطب في جميع أنحاء العالم، تجمعهم رابطة مقرها مدينة ماسترخت في هولندا. أثبت هذا النمط من التعليم جدواه في أكثر من جانب. ففيه متعة المشاركة الإيجابية للدارس، كما أنه يهيئه للتعليم الذاتي، والعمل الجماعي، والحوار الهادف، والاتصال بالبيئة .

هذا النمط من التعليم الطبي الحديث، لم يعد دور الأستاذ فيه يقتصر على تزويد الطالب بالمعلومات وإنما مساعدته على التعلم. لم يعد التركيز على الامتحانات كوسيلة للتقييم فالطلبة يقيمون أنفسهم بأنفسهم. الطالب الذي يتخلف عن جلسات النقاش أو لا يشارك فيه أو في جمع المعلومات بجدية يحاسبه زملاؤه وقد يكتبون عنه تقريراً يؤدي إلى حرمانه من المشاركة مع المجموعة أو ربما فصله من الدراسة.

التعليم المفتوح.. يفتح باب العلم على مصراعيه

أتحـدث هنـا عـن الفـرص التـي يتيحهـا التعليـم المفتـوح للعامليـن الصحييـن فـي مراكـز الرعاية الصحيـة الأوليـة لتطوير أنفسـهم علميّاً بـدون أن يضطـروا إلى تـرك أعمالهـم والالتحاق بالمعاهد والجامعات.



حضور المؤتمرات العلمية والندوات وحلقات النقاش أمر أساسي لتجديد المعلومات الطبية، وللتعرف على تجارب الآخرين في التعامل مع القضايا الصحية.

علـى مسـتوى دول العالـم يعمـل فـي مجـال العلـوم الطبيـة ملاييـن الأطبـاء والفنييـن والإدارييـن، جميعهـم فـي حاجـة إلى مواكبـة التطورات السـريعة في العلـوم الطبية. بيد أنهـم تواجههم مشـكلة ذات شـقين: أولهمـا أن الكليـات والمعاهـد الطبيـة لا

تستطيع أن توفر لهذه الأعداد الكبيرة من العاملين الصحيين احتياجاتهم من التعليم المستمر والتعليم العالي، وثانيهما أنهم لا يستطيعون ترك أعمالهم للالتحاق بالمعاهد والكليات.

الحل يكمن في التعليم المفتوح أو ما يمكن أن يسمى بالتعليم على رأس العمل. حيث يتلقى العامل في المجال الصحي سواءً كان طبيباً أو فنيّاً أو إداريّاً مناهج الدراسة العليا أو التعليم المستمر فيقرؤها ويدرسها وهو في بيته أو في مكان عمله. تصله عن طريق الإنترنت أو الفضائيات. وفي كل أسبوع يجتمع الدارسون وجهاً لوجه مع أساتذتهم لسويعات يتلقون فيها المحاضرات والتدريبات العملية، ويعقدون حلقات للنقاش يستعرضون فيها ما تعلموه بأنفسهم من مصادر البحث والمعرفة. وفي السنوات الأخيرة ونتيجة لتطور التقنيات الحديثة في الإتصال أصبحت حلقات النقاش بين الدارسين تعقد عبر الإنترنيت أو ما يسمى virtual.

بهذا الأسلوب العملي تم في العقدين الأخيرين تدريب مئات الألوف من العاملين الصحيين في أمريكا وأوروبا وأستراليا وهم على رأس العمل بدون أن يضطروا إلى ترك أعمالهم. لحسن الحظ - وبعد كثير من التردد - بدأنا في بلادنا العربية الأخذ بهذا النهج في التعليم المستمر والدراسات الطبية العليا.

طب الأسرة والمجتمع :

مـع بداية الخمسـينيات مـن القرن الماضـي، أي بعـد الحرب العالميـة الثانيـة بدأت ريـاح التغيير تهـب على كليـات الطب في كثيـر مـن دول العالم، أسـهم في ذلـك الاكتشـافات الطبيـة التي أخـذت تتوالـى متسـارعة، والعلـوم الطبيـة التي أصبحت تتسـع وتتفـرع، وغـدا مـا يسـتحدث منهـا فـي بضـع سـنين يـوازي ما تحقق قبل ذلك في عقود.

انعكـس ذلك علـى المهـن الطبيـة. أصبـح الطبيـب لا يملك أن يلـم بفـروع الطـب المختلفـة فـي سـنوات دراسـته ومـن ثـم أضحـى التخصـص ضـرورة. حتـى أصبـح هنـاك تخصـص أو يـكاد فـي عـلاج كل جهـاز مـن أجهـزة الجسـم، بـل هنـاك من يتخصـص فـي جراحـة الغـدة فـوق الدرقيـة وحجمهـا لا يزيـد على حجـم الحمصـة! كانـت النتيجـة براعـة في عـلاج المرض يقابلها بعد عن الاهتمام الشمولي بالمريض.

مـع الأيـام ظهـر اتجـاه قـوي لإنشـاء تخصـص طب الأسـرة والمجتمـع. يمضـي الطبيـب فـي دراسـته من سـنتين إلـى ثلاث سـنوات بعـد درجـة البكالوريـوس. يصبـح بعدهـا مهيـأً للعناية بالمريـض عناية شـاملة، ليـس ذلك فحسـب وإنما يعنـى بجميع أفـراد الأسـرة. ووجـد بالتجربـة أن طبيـب الأسـرة (مـع فريقـه الصحـيِّ) يسـتطيع أن يغطـي نحـواً مـن ٨٠٪ مـن احتياجـات أفراد الأسرة من الوقاية والعلاج.

قصتي مع أستاذي

بعـد أن انتهيـت مـن مرحلـة الماجسـتير بأمريكا. وبـدأت في الإعـداد لمرحلـة الدكتـوراه، ألـح علـيَّ سـؤال.. كيـف أخطـو خطواتي الأولى في كتابة رسالتي للدكتوراه؟

ذهبت إلى أستاذي المشرف أفضي له بما في نفسي.

قـال: اذهـب إلـى المكتبـة وابحـث عـن رسـالة دكتـوراه (سماها لي) اقرأها وادرسها وتعال ناقشني فيها.

أمضيـت أسـبوعاً كامـلاً أدرس الرسـالة وأضـع ملاحظاتـي عليهـا، وعـدت إلى أسـتاذي وقـد هيأت نفسـي للإجابـة على ما قـد يطرحـه عليَّ مـن أسـئلة، بالإضافـة إلـى عشـرات التعليقات التي أعددتها عن الرسالة.

سألني أستاذي: هل قرأت الرسالة؟

قلت: نعم.

قال: وهل استوعبتها؟

قلت: نعم.

قـال: إذاً فاعلـم أن هـذه الرسـالة نمـوذج للرسـائل التـي لـم نعـد نقبلهـا فـي الجامعـة. توقـف أسـتاذي عنـد هـذا الحـد ولم يزد.

خرجت من غرفة أستاذي والشعور بالإحباط يملأ جوانحي. واقتضاني الأمر بعض الوقت لأبحث وأتقصى حتى عرفت أن الدراسة التي وجهني أستاذي لها دراسة وصفية، والمطلوب في الجامعة هو الدراسات التحليلية.

وعندما تبصرت في الأمر، وجدت أن أستاذي علمني درساً لا يقدر بثمن. علمني أن أعتمد على نفسي في التعليم والدرس والتحصيل. وحاولت فيما تلا من أيام أن أتبع الأسلوب نفسه مع طلابي.. لهم عليَّ الإرشاد والتوجيه، وعليهم أن يعتمدوا على أنفسهم في البحث والتحصيل.

وعندما اتخذت كلية الطب بجامعة (ماك ماستر) في كندا أسلوب التعليم الذاتي في التعليم، كان شرطها في اختيار الأستاذ الجامعي وتعيينه في الكلية ألا يعطي المعلومة للطالب وإنما يساعده في البحث عنها.

أورد هذا الحديث بمناسبة ما قرأته في مجلة اليمامة عن شكوى بعض الطالبات من أن معلماتهن يطلبن منهن أن تكون إجابتهن في الامتحانات منقولة نقل المسطرة من دفتر المحاضرات!

نحن أحوج إلى تنمية ملكة التفكير والإبداع أكثر من ملكة الحفظ والتكرار.

الرعاية الصحية الأولية.. عودٌ على بدء

نظــرة مستقبليــة

يمر العالم بمتغيرات سريعة في جميع مناحي الحياة وعلى رأسها الرعاية الصحية. كما أن الرعاية الصحية تأتي من حيث حجم الإنفاق عليها في كثير من الدول في المرتبة الثانية بعد الأمن القومي.

أستعرض فيما يلي بعض المتغيرات التي من المقدر أن تشهدها المملكة العربية السعودية في القرن الحادي والعشرين.

- تتميز المملكة بواحد من أعلى معدلات النمو السكاني في العالم. ومن المقدر أن يتضاعف عدد سكان المملكة في غضون ثلاثة عقود.
- سوف تزداد نسبة كبار السن ممن هم فوق الستين نتيجة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية. مما يعني إضافة أعباء جديدة على ميزانية الصحة. إذ

تبلـغ تكلفـة الرعايـة الصحيـة للشـيوخ أضعـاف تكلفتها بين الأطفال ومتوسطي العمر.

- معدل الزيـادة في تكلفـة الرعايـة الصحية يتجـاوز معدل الزيـادة فـي الدخـل القومـي لأي مجتمـع بمـا فـي ذلك المملكـة، وذلـك نتيجـة للتطـور المسـتمر والمتصاعـد فـي تكاليـف التقنيـات الطبيـة، مـع زيـادة الطلـب علـى الرعاية الصحية.
- ارتفعـت فـي السـنوات الأخيـرة علـى مسـتوى العالـم معدلات الإصابـة بالأمـراض المزمنة وأمراض الشـيخوخة. كمـا عـادت للظهـور أمـراض كانـت إلـى عهـد قريـب تحت السـيطرة مثـل الـدرن والحمـى الروماتيزميـة، مما يعنـي مزيداً مـن تكاليـف العلاج. ونحـن فـي مجتمعاتنا العربية ماضون في الاتجاه العالمي نفسه.
- سـوف يفتح الطـب الاتصالي وتقنيـة المعلومـات مجالاً خصباً لا حدود لـه للتواصل بيـن المستشـفيات والمراكز الصحيـة مـن جانـب والمرضـى فـي منازلهم مـن جانب آخـر. فالطبيـب فـي مستشـفاه يمكنـه أن يتابـع حالـة مريضـه الصحيـة وهـو فـي بيتـه. كمـا يمكنـه الاطـلاع علـى التقارير الطبيـة لمرضـاه القادمين من أي مستشـفى أو مركـز صحـي آخـر عـن طريـق الإنترنـت أو بواسـطة

بطاقة في حجم بطاقة الائتمان مسجل عليها المعلومات الشخصية والطبية للمريض بما في ذلك نتائج التصوير الإشعاعي والتحاليل المخبرية.

- منظمة الصحة العالمية تدعو إلى تبني استراتيجيات صحية يأتي على رأسها:

❊ هدف الرعاية الصحية يجب أن يكون المحافظة على الصحة والوقاية من الأمراض

❊ وليس فقط علاج الأمراض بعد حدوثها.

❊ تشجيع القطاع الخاص على المشاركة الفعالة في القطاع الصحي مع تنظيمه ومراقبته وتوجيهه. على أن تتفرغ وزارات الصحة لوضع السياسات العليا للصحة، وتدريب القوى البشرية والوقاية من الأمراض.

❊ إشراك أفراد المجتمع في صنع القرار وتنفيذه ومتابعته. مما يحتم اللامركزية في الإدارة.

ماذا عن المستقبل؟

كثير من الدول العربية يمكنها أن تنتهج لنفسها رعاية صحية مبنية على البراهين Evidence Based Medicine بمعنى أن الرعاية الصحية الشاملة (العلاجية والوقائية والتطويرية) يجب

أن تبنى على أساس الإحصائيات الموثقة والتخطيط المستقبلي البعيد المدى. المملكة مثلها مثل غيرها من البلاد العربية أكثر ما تحتاج إليه هو التخطيط العلمي للاستفادة من الإمكانات المتوفرة من أجل الوصول إلى أهداف واضحة ومحددة.

تتلخص مسيرة الرعاية الصحية الشاملة المبنية على البراهين في التالي:

- الصحة مسئولية مشتركة بين وزارة الصحة وقطاعات حكومية وأهلية أخرى. أو كما قالت منظمة الصحة العالمية: «الصحة يجب أن تكون على أجندة كل مسئول».
- الصحة عنصر أساسي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وليست مجرد هدف اجتماعي وإنساني نسعى إليه.
- يجب أن يحظى كل فرد في الأمة بالقدر الكافي من الرعاية الصحية مما يتيح له حياة صحية سليمة ومنتجة.
- مشاركة أفراد من المجتمع في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية أدعى لأن يتحمل الناس مسؤولياتهم حيال صحتهم، وأن يصبحوا أكثر استعداداً للحفاظ عليها وتطويرها.

- لا بد من وضع خطة بعيدة المدى للرعاية الصحية ولتكن لمدة ٣٠ سنة، وهي الفترة التي يتضاعف فيها عدد السكان أو يكاد، كما أنها الفترة الملائمة لإعداد القوى البشرية العاملة في القطاع الصحي (تدريب الطبيب قد يستغرق ١٠ سنوات أو يزيد). وعلى ضوء الخطة البعيدة المدى تصاغ الخطط الخمسية.

- الخطة الصحية يجب أن تبنى على إحصائيات موثقة وبخاصة الإحصائيات الحيوية (معدلات الأمراض والوفيات) التي تصاغ على أساسها الأهداف. ولنتذكر دائماً أن الإحصاءات التي تحدثنا عن عدد الأطباء والممرضين والمستشفيات والأسرة وغيرها، على الرغم من أهميتها، فإنها تعبر عن الوسائل أكثر مما تعبر عن الأهداف التي تبنى عليها الخطط الاستراتيجية.

- ما يتوفر عادة من إحصاءات حيوية – على الرغم من عدم اكتمالها – تكفي للبدء في وضع خطة بعيدة المدى. على أن تسعى الأنظمة الصحية لاستكمال الإحصاءات الحيوية كمّاً وكيفاً.

- من أجل إعداد خطة بعيدة المدى. يحتاج الأمر إلى بضعة نفر من الخبراء والاختصاصيين يتوفرون على

إعدادها. يسألون أنفسهم ماذا نريد للوضع الصحي أن يكون بعد ٣٠ سنة أو نحوها؟ يا حبذا لو شملت الإجابة:

- أن يتوفر لكل فرد في الأمة رعاية صحية أساسية كافية.
- وأن نرتفع بالمعايير الصحية إلى مستوى مرموق بين الأمم. على أن يحدد هذا المستوى بالإحصاءات الحيوية (معدلات الأمراض والوفيات)، وإلا صعب القياس، وصعبت المتابعة والتقييم.
- مع ضرورة ربط خطة التنمية الصحية البعيدة المدى بخطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- علينا أن نختار اللامركزية أسلوباً في الإدارة، بما في ذلك إعطاء إدارة الشئون الصحية في كل منطقة ميزانية خاصة بها، ومن ثم يحاسب المسؤولون فيها على النتائج.

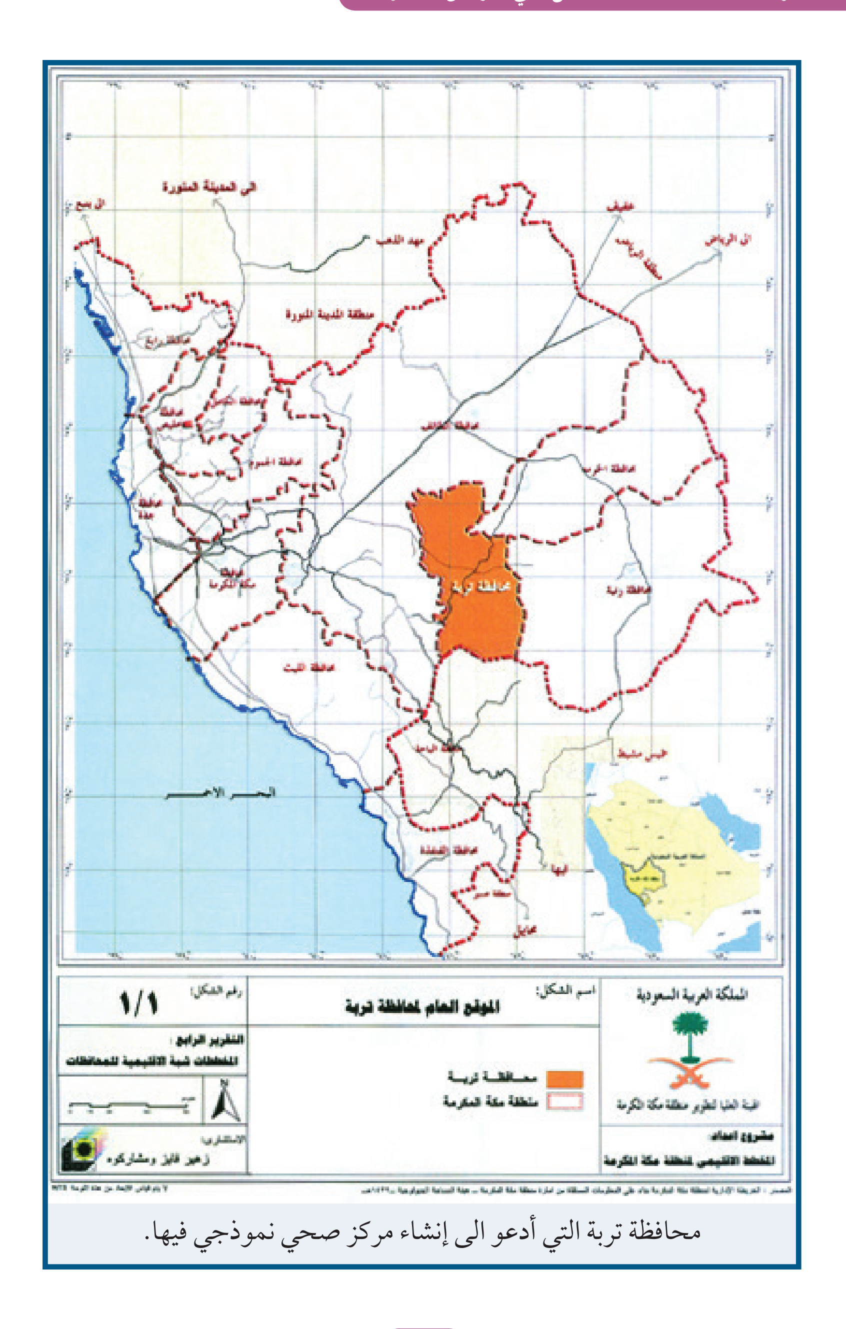
ليس فيما أسلفت جديد. فكثير منه - إن لم يكن كله - معروف لدينا ونردده ولكن الذي نحتاج إليه هو العمل المتكامل الذي يبدأ بالإحصاءات الموثقة، مروراً بالتخطيط العلمي واللامركزية في التنفيذ، وانتهاءً بالمتابعة والتقييم والمحاسبة.

إنشاء مركز صحي نموذجي

نلخص في هذا الفصل فكرة القيام بمشروع رائد للرعاية الصحية التطبيقية في المملكة العربية السعودية. المعلومات في هذا الفصل مستخلصة من كتاب لي صدر في عام ٢٠١١ بعنوان «الرعاية الصحية.. نظرة مستقبلية» أتحدث فيه عن مستقبل الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية.

أقترح أن ينشأ هذا المركز الرائد في محافظة تربة بالمملكة.

أما لماذا تربة؟ فلأكثر من سبب. منها أنه سبق أن أجريت فيها دراسة علمية موثقة. كما أن أهلها -كما لمست- مستعدون للتعاون في مثل هذا المشروع. أضف إلى ذلك أن محافظة تربة محدودة من حيث المساحة وعدد السكان، وتجمع بين المدينة الصغيرة والقرى من حولها، وفيها مقومات الرعاية الصحية من مستشفى ومراكز صحية، ويجاورها غير بعيد عنها ثلاث كليات طبية في جدة ومكة والطائف. ولو أننا اقترحنا مكاناً آخر غير تربة، ما عدمنا أن يعترض عليه معترض ليقول لماذا هنا وليس هناك؟ وعليه فلنبدأ وعلى بركة الله بإنشاء مركز لبحوث الرعاية الصحية في تربة.



محافظة تربة التي أدعو الى إنشاء مركز صحي نموذجي فيها.

أتطلع إلى إنشاء رعاية صحية في تربة تتماشى مع رؤية المملكة للصحة في عام ٢٠٣٠، كما تتلاءم مع الصورة التي رسمتها منظمة الصحة العالمية للرعاية الصحية الأولية في مؤتمر الما آتا الذي عقد في عام ١٩٧٨ بعد أن يعاد صياغتها بما يتلاءم مع احتياجات المملكة وإمكاناتها المالية والبشرية.

هذا المشروع - فيما أرى - لو نفذ بأسلوب علمي سليم، وبالتعاون بين الجهات المعنية الحكومية والأهلية يمكن أن يكون مشروعاً رائداً للارتفاع بمستوى الرعاية الصحية الأولية ليس في المملكة العربية السعودية وحدها ولكن على مستوى العالم العربي.

أقدم الفكرة للمسؤولين في وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية. علها تقوم بتنفيذ المشروع بالتعاون مع بعض الجامعات في المملكة والمنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط).

تمهيد:

تبعد محافظة تربة نحواً من ١٦٠ كيلومتراً شرقي مدينة الطائف. تتكون المحافظة من مدينة تربة، يحيط بها مجموعة من القرى والهجر، ويبلغ عدد سكانها نحواً من ٨٠,٠٠٠ نسمة. تتبع إدارياً لمنطقة مكة المكرمة. ومن أبرز معالمها

جبل حضن، الحد الفاصل بين الحجاز ونجد. ومن هنا جاء القول السائر..: من رأى حضناً فقد أنجد.

ينحدر سكان تربة من عدد من القبائل أكبرها قبيلة البقوم بفخذيها وازع والمحاميد. إلى جانب الأشراف والدواسر وغيرهم. ولتربة مكان بارز في تاريخنا الحديث. إذ التقت فيها جيوش السلطان عبد العزيز والشريف حسين بن علي في موقعة فاصلة في عام ١٣٣٧هـ، (١٩١٩م) هزم فيها جيش الشريف حسين بقيادة ابنه الشريف عبد الله بن الحسين. من بعدها انطلقت جيوش السلطان عبد العزيز إلى بقية مدن الحجاز. تلا ذلك توحيد المملكة تحت اسم مؤسسها المغفور له بإذن الله الملك عبد العزيز بن عبد الرحمن آل سعود.

أول زيارة لي إلى تربة كانت في عام ١٩٦٧ ميلادية. كنت قد حصلت يومها على الماجستير في الصحة العامة من جامعة جونز هوبكنز بأمريكا وبدأت مرحلة التحضير لرسالة الدكتوراه. ولأن دراستي كانت في قسم الصحة الدولية بالكلية، ومن شروط القسم أن يجري طلابه بحوثهم الميدانية للدكتوراه في بلد نام خارج أمريكا فقد عرضت على الكلية تمويل بحثي الميداني في دولة للكلية فيها مشاريع صحية. اقترح علي فيما اقترح دول مثل بيرو أو الهند أو أفغانستان. أصررت من جانبي على أن أجري بحثي الميداني في بلدي.

وبعد لأي وافقت الجامعة على رغبتي شريطة أن تتكفل المملكة بمصاريف البحث بما في ذلك استضافة أستاذين للإشراف على بحثي في المملكة، وتوفير فريق من المساعدين الصحيين ووسائل السفر والإقامة. لم يكن لهذا الأمر بعد الله إلا الشيخ حسن آل الشيخ رحمه الله وزير المعارف ووزير الصحة بالإنابة. وافق الوزير على جميع شروط الجامعة، بالرغم من اعتراض بعض حماة المال والإدارة الذين اكتشفوا أن بحثي الميداني للدكتوراه - وكان الأول الذي يجرى في المملكة - سيفتح الباب لباحثين آخرين مما سيكلف المملكة من أمرها شططاً.. عجبي!

بدأت مسيرة البحث الميداني الذي استغرق ثلاثة أشهر. رافقني في البحث فريق من ١٥ شخصاً ما بين ذكور وإناث من بينهم زوجتي. من شاء أن يعرف المزيد عما صادفنا في عملية البحث من مصاعب ومشاق، وما خالج مشاعرنا من أفراح وأتراح فليعد إلى كتابي «صحة الأسرة.. دراسة عن صحة الأسرة في تربة» من منشورات تهامة، وكتابي «أيام من حياتي» من منشورات دار العبيكان.

في الصفحات التالية سأعرض عليك قصة تربة والرعاية الصحية فيها.. تربة في ماضيها (عامي ١٩٦٧ و١٩٨١)، وتربة في حاضرها (عام ٢٠١٠)، وتربة في مستقبلها كما

أراها أو بالأحرى كما أتمنى أن أراها بعد ربع قرن من اليوم (عام ٢٠٤٥).

تربة في الماضي (١٩٦٧ - ١٩٨١):



في تربة عام ١٩٦٧ أثناء بحثي الميداني لرسالة الدكتوراة.

في عام ١٩٦٧م كان في تربة كلها مركز صحي واحد يعمل فيه طبيب وثلاثة فنيين صحيين. وكانت المشكلات الصحية يومها مختلفة عما نراه اليوم. أغلبها أمراض متنقلة، ترجع في معظمها إلى تدني مستوى المعيشة وسوء التغذية وانعدام الوعي الصحي. لا أريد أن أستطرد فالذكريات كثيرة، ولمن شاء أن يعرف المزيد عن كيف كانت تربة يومذاك يستطيع أن يعود إلى ما كتبته عنها في كتابي «أيام من حياتي»



فحص الأطفال داخل بيت شعر في تربة في عام ١٩٦٧.

سنترك جانباً تربة في عام ١٩٦٧ فقد بعد العهد بها. ولنركز حديثنا عن تربة في عام ١٩٨١م يوم أن عدت إليها لبضعة أيام من أجل أن أكتب فصلاً في كتابي «صحة الأسرة.. دراسة عن الصحة في تربة». لم أكن أتوقع التغيير الذي شاهدته. هذه ليست تربة التي عرفتها قبل ١٤ عاماً. قرية السوق تحولت إلى مدينة صغيرة. بيوت الطين حلت محلها مبان حديثة من الإسمنت المسلح. الأزقة الضيقة الترابية تحولت إلى شوارع معبدة، والدكاكين المتناثرة التي لم تكن تزيد على أصابع اليدين تطورت إلى سوق حديثة.

انتشرت الكهرباء والتلفون. أما التلفزيون فقد أصبح من معالم كل بيت.

السؤال الذي يطرح نفسه: إلى أى مدى أسهم المركز الصحي في تطوير الوضع الصحي لسكان تربة في فترة الخمس عشرة سنة الأخيرة؟

من الواضح للعيان أن تحسناً ملموساً طرأ على مستوى الصحة العامة في تربة. هذا التحسن يرجع في تقديري إلى التطور الاقتصادي والاجتماعي الذي تسارعت خطاه في تربة شأنها شأن بقية مدن وقرى المملكة نتيجة للطفرة الاقتصادية التي حدثت في المملكة في منتصف السبعينيات الميلادية، أكثر مما هو نتيجة للرعاية الصحية. فبالرغم من أن الرعاية الصحية تضاعفت في حجمها عن ذي قبل، إلا أن نشاط المراكز الصحية في عام ١٩٨١ ما زال كما كان في عام ١٩٦٧ يكاد يقتصر على صرف العلاج للمرضى الذين يرتادونها. أما الوقاية والتطوير ومشاركة المجتمع وإصحاح البيئة والتثقيف الصحي فحظها محدود إن وجد. الفرق الوحيد يكاد يكون في التطعيم ضد أمراض الطفولة. فقد زادت نسبة الأطفال المطعمين ضد الأمراض بشكل ملحوظ والفضل في هذا يرجع إلى قرار الدولة بأن لا يسجل الطفل في المدرسة إلا إذا تلقى التطعيم ضد أمراض الطفولة.



فحص أطفال المدارس لتقييم وضعهم الصحي في تربة عام ١٩٦٧.

فيما يلي سوف أستعرض خدمات المركز الصحي في مدينة تربة (السوق) في عام ١٩٨١ بشقيها العلاجي والوقائي. وأنا هنا حريص على أن أطرح الموضوع بما تتطلبه الأمانة العلمية، وإلا فلن يكون لدينا فرصة للإصلاح.

١- الخدمات العلاجية:

في عام ١٩٨١ كان عدد سكان تربة نحواً من ٤٠,٠٠٠ نسمة، (أعداد السكان تقديرية وليست مبنية على إحصاء دقيق) تتوفر لهم الرعاية الصحية من خلال ثلاثة مراكز

صحية يعمل فيها مجتمعة خمسة أطباء عامين وطبيب أسنان و١٦ مساعداً صحيّاً، أي بمعدل طبيب بشري واحد لكل ٨٠٠٠ نسمة، وطبيب أسنان لكل ٤٠,٠٠٠ نسمة (مقارنة بالمعدل في المملكة آنذاك طبيب بشري لكل ١٤٥٠ نسمة، وطبيب أسنان لكل ٢٦,٠٠٠ نسمة)، ومن بين ٢٢ شخصاً يعملون في المراكز الصحية الثلاثة يوجد ٤ سعوديين فقط.

يتردد على المركز الصحي الرئيس في مدينة تربة (وفيه ٣ أطباء) في المتوسط ٣٢٥ مريضاً في اليوم (١٠٨ مرضى للطبيب الواحد).

حسبنا الوقت الذي يمضيه الطبيب في فحص وعلاج المريض الواحد، فوجدناه في المتوسط دقيقة ونصف الدقيقة. في هذه الفترة القصيرة يسمع الطبيب شكوى المريض ويضع يده على رسغه، وقد يضع السماعة على صدره، ويسجل في دفتر أمامه اسم المريض وسنه وتشخيص المرض، ثم يسطر على ورقة أمامه العلاج ويعطي الوصفة للمريض.

لم نر مريضاً يفحص فحصاً كافياً، إذ لا يوجد في غرفة الطبيب سرير للكشف، أو جهاز لقياس الضغط أو ترمومتر لقياس الحرارة! يستعين الطبيب في عمله ببعض الفحوصات المعملية والإشعاعية إلا أن الإمكانات الموجودة لا تستعمل بقدر كاف، فمن بين ٣٢٥ مريضاً يرتادون المركز الصحي في

اليـوم الواحـد، يفحـص منهـم معمليّـاً ٨ مرضـى وإشـعاعيّاً ١٢ مريضاً فقط.

يعتمـد الطبيب فـي تشـخيصه للمرضى علـى انطباعاتـه، فهو كمـا رأينـا لا يملك مـن الوقـت ولا مـن أدوات الفحـص الطبي أو المعملـي أو الإشـعاعي ما يمكنه مـن الوصول إلى تشـخيص مبنـي علـى أسـس علميـة، والطبيـب يسـجل التشـخيص الـذي وصل إليـه تبعاً للعضـو المصـاب في الجسـم. وهـي طريقة غير علميـة لا تسـاعد علـى التعـرف علـى طبيعـة الأمـراض فـي المنطقة.

تشـكل الفيتامينـات والمسـكنات والمضـادات الحيويـة معـاً حوالـي ٧٤٪ من مجمـوع الأدويـة التي تصـرف، وهـو أمر ليس لـه مبـرر علمـي. كمـا نجـد أن الأدويـة ذات التأثيـر العـام مثـل مسـتخلصات الكورتيـزون والهرمونـات (وبخاصـة هرمـون التستسـترون يصـرف للرجـال المسـنين لإعطائهـم مزيـداً مـن الحيويـة!!) تصـرف أكثر ممـا تصـرف الأدويـة المتخصصة مثل الأدويـة المضـادة للمـرض السـكري وارتفـاع الضغـط. أمـا المضـادات الحيويـة مثـل البنسـلين وأبنـاء عمومتـه فتعطـى للمرضى فـي كثير مـن الأحيـان دون مبـرر علمي وفـي جرعات صغيـرة لا تكفـي لعـلاج المريـض، بـل قـد تـؤدي إلى إكسـاب الجراثيم نوعاً من المقاومة.

أكثر المرضى يفضلون الحقن على غيرها من أصناف الدواء. فهي في تقديرهم «تذهب مباشرة إلى الدم» ويأتي في المرتبة الأولى منها الحقن الملونة وحقن الكالسيوم التي تعطى إحساساً بالدفء. والطبيب لا يستطيع أن يرفض دائماً طلب المريض وإلا تعرض لعدم رضا الجمهور.

يعالج طبيب الأسنان في المتوسط ١٧ مريضاً في اليوم، وعلى مدى أسبوع تردد على المركز الصحي ٩٤ مريضاً يشكون من أسنانهم، وانتهى الأمر بـ ٦٢ منهم (٦٦ ٪) إلى خلع أسنانهم!!

٢- الخدمات الوقائية:

الأنشطة الوقائية (مثل رعاية الأمومة والطفولة والاكتشاف المبكر للأمراض والتثقيف الصحي وإصحاح البيئة وبرامج التغذية ومكافحة الأمراض المتنقلة) تؤدى من خلال المركز الصحي على شكل خدمات متفرقة وليست على هيئة برامج متكاملة.

فإذا ما أخذنا موضوع تطعيم الأطفال، على سبيل المثال، نجد أن معدل الولادة في مجتمع نام - كتربة - يقدر بـ ٤٥ حالة ولادة في السنة لكل ١٠٠٠ نسمة أي ٢٠٢٥ ولادة تقريباً في السنة. ولما كان المركز الصحي هو الجهة الأساسية،

إن لم تكـن الوحيدة التـي تصدر شـهادات الميلاد لأطفـال تربة، فان سـجلاته تضع أيدينـا على المشـكلة، فمن بيـن ٢٠٢٥ طفلاً ولـدوا - تقديـراً - فـي تربـة فـي عـام ١٩٨٠ صـدرت فقـط ٦٤٠ شـهادة ميـلاد، وحصـل ٢٥٨ طفـلاً فقـط علـى الجرعات الوقائيـة للقاحـي الشـلل والثلاثـي كاملـة أي ١٢,٧٪ فقـط من مجمـوع من ولـدوا فـي تربـة خـلال العـام. وفـي تقديـر منظمة الصحـة العالميـة أن ٨٠٪ علـى الأقـل مـن الأطفـال الرضع في أي مجتمع يجب أن يكونوا مطعمين ضد الأمراض.

وإذا مـا اسـتعرضنا الرعايـة الطبيـة للأمهـات الحوامـل، نجد أنه من بين ٢٠٢٥ سـيدة حملـت في تربة خـلال العـام - تقديراً - زارت المركـز الصحـي منهـن ٢٠٨ سـيدات فقـط (١٠٪) فحصتهـن الطبيبـة ووصفـت لهـن علاجـاً ولكنهـن لـم يعطيـن رعاية متكاملـة (علاجية ووقائيـة)، وقامت الممرضة بالإشـراف على ٢٧٩ حالـة وضع فـي المنـازل، أي ١٤٪ فقط مـن مجموع الولادات.

نظام وزارة الصحة لا يسـمح للطبيـب بزيارة المنازل، خشـية الاسـتغلال المـادي، هـذا النظام مـع ما فيه مـن رغبـة صادقة في تفـادي المشـاكل ، إلا أنه يحرم الطبيب ومسـاعديه مـن الاتصال بالأسـرة، ويحـول بيـن المركـز وبيـن أن يخـرج بخدماتـه إلـى المجتمع والبيئة.

الرعاية الصحية لأطفال المدارس مسئولية الصحة المدرسية والتي تتبع وزارة المعارف. وفي تربة كلها طبيب واحد مسئول عن الرعاية الصحية لنحو ٢٠٠٠ تلميذ في ١٧ مدرسة. يقوم الطبيب في كل عام بزيارة واحدة أو اثنتين فقط لكل مدرسة!

خلاصة القول أن الأنشطة التي يقوم بها المركز الصحي قاصرة على الخدمات العلاجية دون الوقائية. وحتى بالنسبة للخدمات العلاجية فهي لا تعدو الفحص العاجل للمريض وصرف الدواء له. فالطبيب يبذل من وقته حول دقيقة ونصف الدقيقة لكل مريض. ومن البدهي أن هذه الفترة لا تكفي للوصول إلى التشخيص السليم، أو إعطاء العلاج المناسب، وبالرغم من الإمكانات المتاحة فإن وسائل التشخيص الموجودة كالمختبر أو الأشعة لا تستغل بقدر كاف - كما أن ٦٦٪ من مرضى الأسنان تخلع أسنانهم المصابة ولا وقت للعلاج أو الوقاية.

وبعملية حسابية بسيطة، نجد أن الأطباء الأربعة ومعاونيهم لديهم من الوقت الفائض ما يمكنهم - لو أرادوا وأراد النظام - أن يستفيدوا منه في القيام بأنشطة صحية متعددة تهدف إلى رفع المستوى الصحي في المجتمع، بما في ذلك نشر الوعي الصحي ورعاية الأمومة ومكافحة الأمراض

المتنقلة، هـذا بالإضافة إلـى بعث روح المشـاركة في المشـاريع الصحية بين الأهالي.

ويبقـى السـؤال الرئيـس قائمـاً: لمـاذا لا تسـتغل إمكانيـات المركـز الصحـي - البشـرية والماديـة - فـي إعطـاء الرعايـة الصحية الشـاملة بشـقيها (العلاجـي والوقائي) بدلاً مـن الاكتفاء بصـرف الـدواء للمرضـى؟ لعـل هنـاك أكثـر مـن إجابـة علـى السؤال:

أولاً: ثقافة المجتمع:

يوجـد دائماً فـرق بين مـا يطلبـه النـاس مـن جوانـب الرعاية الصحية ومـا يحتاجونـه فعلاً. فـي مجتمع نـام مثل مجتمـع تربة نجـد أن متطلبـات السـكان مـن الخدمـات الصحيـة بسـيطة لا تعـدو توفيـر الطبيـب والأدويـة وقد يطلـب بعضهم مستشـفى أو جهازاً للأشـعة، في حيـن أن حاجتهـم الحقيقيـة - إلى جانب الطبيـب والأدويـة والمستشـفى - تشـمل توفيـر مصـادر نقيـة للميـاه، وبرامـج رعايـة الأمومـة والطفولـة، والتثقيـف الصحـي، وإصحـاح البيئـة، وتطعيـم الأطفـال.. إلـخ. وكلمـا تقـدم المجتمـع ثقافـة ووعيـاً، كمـا هـو الحـال فـي أوروبـا وأمريـكا الشـمالية، ضاقـت الفجـوة بين مـا يطلبـه النـاس ومـا يحتاجونه فعلاً.

في المجتمع النامي لا يتوقع الأهالي عادة من الطبيب أن يقضي وقتاً طويلاً في الفحص الإكلينيكي وما يصاحبه من فحوصات معملية، ولربما فضلوا في الطبيب السرعة وعدُّوها من فضائله ودلائل براعته.

حدثني من أثق فيه فقال – وفي نبرة صوته إعجاب –: في الهند أطباء يستطيعون أن يشخصوا علة المريض بمجرد أن يجس أحدهم نبض المريض أو ينظر في عينيه.

ومن بين من عرفت من الأطباء، طبيب يفحص في عيادته الخاصة نحواً من ٢٠٠ مريض في اليوم الواحد وهو لا يزيد فيما يفعل على أن يفحص مريضه في عجالة وينتقل من مريض إلى مريض في دقائق، ومع هذا فقد طبقت شهرته آفاق البلدة وتعدتها.

المرضى في تربة – كما أسلفت – يتوقعون من الطبيب أن يعطيهم حقناً حتى تذهب بالدواء مباشرة إلى الدم. وقبل أعوام عندما كان الطبيب حديث عهد بالمركز كان يقاوم إعطاء الحقن إلا للضرورة، ولكنه ما لبث أن خضع لضغط الأهالي وأصبح يصرف الحقن حسب الطلب بعد أن لاحظ أن المرضى تحولوا عنه إلى ممرض كان يحتفظ في بيته بمجموعة من الحقن يصرفها لمن يطلبها بمقابل!!

الناس في المناطق الريفية - ما عدا القلة الواعية - لا يتوقعون من الطبيب أن يقوم بأية برامج وقائية، وأذكر طبيباً في إحدى المناطق الريفية، عاش يعمل في المركز الصحي عشر سنوات، لم يقم خلالها بإعطاء أي لقاحات للأطفال - دعك من بقية البرامج الصحية الوقائية - وعندما أرادت مديرية الشئون الصحية نقله للعمل في إحدى المدن، كان أهالي القرية أول من عارض في نقله.. فقد عاش بينهم يستجيب لطلباتهم فيرضيهم وإن لم يتصدَّ لاحتياجاتهم الحقيقية!

ثانياً: أولويات المسؤولين:

يتوقع المسؤولون من الطبيب أن تكون علاقاته حسنة مع الناس، فالمملكة - والحمد لله - بلد تتصل الرعية فيه بولي الأمر مباشرة ودون ما حجاب، وإذا ما شعر إنسان بأن طلباته لم يستجب لها فما أسهل أن يرفع أمره عبر الصحف. ومن هنا كان إرضاء الناس واجتناب الشكوى أحد المحاور الأساسية في الإدارة الصحية، ليس في بلادنا فحسب وإنما في كثير من الأمم.

والإدارة الصحية لا تتوقع من الطبيب أن يقوم بزيارة المنازل، بل هي لا تريده أن يفعل خشية أن يستغل هذه

الزيـارات فـي الحصول علـى مقابـل مـادي لعملـه. والإدارة لها عذرها مـن جهة ولكـن هـذا المنع من جهـة أخـرى يحجب عن الطبيـب وفريقـه الصحـي فرصـة الاتصـال الحقيقـي بالمجتمع. وكثيـراً مـا تسـأل الطبيب عـن غذاء الأسـرة فـي المجتمـع الذي يعيـش بيـن ظهراني أهلـه أو عن مـرض مـن الأمراض لـه علاقة بالعـادات والتقاليـد فتجـده لا يعـرف العوامـل التـي تحيـط بوجوده فـي المجتمـع، وبالتالي فإن ممارسـته للتطويـر الصحي والوقاية من الأمراض محدودة.

ثالثاً: الأطباء.. وتطوير الصحة العامة:

توقعـات الطبيـب مـن المجتمـع والناس ومـن العامليـن معه بـل وقـل مـن نفسـه، تشـكل عامـلاً أساسـيّاً فـي تحديـد مهمته وطبيعـة عملـه. الطبيـب فـي العـادة يـرى فـي نفسـه (دكتـوراً) مهمتـه أن يشـخص المـرض ويكتـب العـلاج لمـن أتـاه يسـعى إليـه مـن المرضـى. وهـو اتجـاه هيأتـه لـه دراسـته الطبيـة. فقـد عـاش يتعلـم ويتـدرب فـي فصـول الكليـة وداخـل جـدران المستشـفى، ولـم تتـح لـه فرصـة كافيـة ليتعـرف علـى أسـباب المـرض الحقيقيـة التـي تكمـن جذورهـا فـي البيئـة والمجتمع. نظـرة الطبيب إلـى دوره لا تعدو التشـخيص والعلاج، ودراسـاته الطبيـة - كمـا هـو الحـال فـي أغلـب كليـات الطـب - أمدَّتـه ولا شـك ببعـض المعلومـات عـن الوقايـة والتطويـر الصحـي،

ولكنها لـم تورثه معرفـة كافيه بعوامل المـرض الكامنة فـي البيئة والمجتمـع، ولـم تعطـه الدربـة الكافيـة للتصـدي لهـذه العوامل فـي مظانهـا واسـتئصالها مـن جذورهـا، أو بتناولهـا بالوقاية قبل العـلاج، أو باكتشـاف بـوادر المـرض قبـل أن يصل إلـى مرحلة المضاعفات.

النتيجـة هـي أن إسـهام المركـز الصحـي فـي تطويـر الوضع الصحي فـي تربة إسـهام محـدود. والرعايـة الصحية التـي كانت تقدم فـي عـام ١٩٨١ لا تـكاد تختلف فـي جوهرها عـن الرعاية الصحيـة التـي كانت تقـدم لهم قبـل ١٤ عامـاً في عـام ١٩٦٧م. أما التقـدم الملحـوظ في مستوى الصحة العـام في تربـة فيرجع إلـى التطـور الاقتصـادي والاجتماعـي والتعليمـي الـذي بـدت ملامحه ظاهرة في تربة.

تربة في عام ٢٠١٠

فـي صيـف ٢٠١٠ اتصلـت بصديقـي معالـي الدكتور راشـد الراجح من أشـراف تربـة كي أنسـق معه لزيـارة قصيرة إلـى تربة لأكتـب عنهـا فصـلاً فـي كتابـي «الرعايـة الصحيـة.. نظـرة مسـتقبلية». وتفضل أخي معالـي الدكتور راشـد بترتيـب زيارتي إلـى تربـة. وغـادرت مكـة بالسـيارة إلـى تربـة بصحبـة أخـي الدكتور محمد عبد الله الشريف استشاري طب الأسرة.

يا لفعل الزمـن ومـا يتركه من آثـار في الأماكـن والبشـر. المكان الوحيـد الـذي استطعت أن أتعـرف عليه فـي مدينـة تربـة كان مركز التنمية الاجتماعية الذي عشت فيه ردحاً من الزمن.

جاشـت نفسـي بالذكريات وأنا أتنقل بيـن أرجـاء المبنى. هنا كان مكتبـي ومختبـري وغرفة الفحـص الطبي التـي كنت أمارس فيهـا بحثـي الميدانـي فـي عـام ١٩٦٧. وفـي الـدور الأعلـى الصالـة التـي كانـت لـي ولأسـرتي مقامـاً. وأمامهـا يمتد سـطح كنـت أقطعه فـي أوقـات الأصيـل كل يـوم ذهابـاً وإيابـاً أحتضن آمالـي وأحلامـي. تربـة التـي عهدتهـا قريـة صغيـرة ببيوتهـا المتناثـرة وأزقتهـا الترابيـة الضيقة تحف بهـا وتتخللهـا المزارع، تحولت إلى مدينـة تعج بالحركـة ويتطـاول فيها البنيـان وتتقاطر في شوارعها المزفتة السيارات.

ثلاثـة وأربعـون عامـاً مرت مـا بين عـام ١٩٦٧ وعـام ٢٠١٠ تغيـرت فيهـا معالـم تربـة. تحولت قريـة السـوق ومـا حولها من قـرى وهجـر ومضـارب للباديـة إلـى محافظـة تتوسـطها مدينـة تربة، مدرسـتا البنيـن والبنات اللتـان كان يؤمهما بضعـة محدودة من التلاميذ غدت في أقل من نصف قرن ٦٩ مدرسة.

الرعايـة الصحيـة التـي كان يقدمهـا مركز صحي وحيـد يعمل فيـه طبيـب وممرضـة أصبـح يقدمهـا مستشـفى يضم ٥٠ سـريراً ويعمـل فيـه ٣٨ طبيبـاً، وفـي أرجـاء تربـة نشـأت ثمانيـة مراكـز

صحية يعمل فيها ١٤ طبيباً وطبيبة بالاضافة إلى طبيبي أسنان و٢٥ فنيّاً صحيّاً.

هذه الأرقام تدل على ما حققته تربة من تقدم في حجم الخدمات التعليمية والصحية عبر أقل من نصف قرن، وتعكس ما حققته المملكة من إنجازات. بقي سؤال واحد يلح على خاطري..: إلى أي مدى أسهمت مراكز الرعاية الصحية الأولية بما حوت من أطباء وفنيين في الارتفاع بالمستوى الصحي لأهالي تربة. وكان علي أن أجيب على هذا السؤال خلال هذه الزيارة القصيرة.

بدأت بزيارة محافظ تربة الأستاذ مهدي محمد العيافي. حدثته عن أملي في أن ينشأ في تربة مركز لأبحاث الرعاية الصحية، وأن تصبح تربة نموذجاً يحتذى في الرعاية الصحية الأولية. تمنى لي التوفيق وهو يودعني. ومن ثم أخذت طريقي إلى المركز الصحي الإشرافي في تربة.

يقع المركز في وسط مدينة تربة ويعمل به أربعة أطباء وطبيبا أسنان وتسعة عشر ممرضة وممرضاً وفنيّاً صحيّاً. للمركز مهمتان أولاهما تقديم الرعاية الصحية الأولية لسكان مدينة تربة وعددهم نحو ٢٤ ألف نسمة، والثانية توفير الدعم والمساندة لسبعة مراكز صحية فرعية تنتشر في بقية محافظة تربة ولذا سمي المركز الصحي الإشرافي.

حرصت على أن أراقب الطبيب في المركز الصحي الإشرافي وهو يستقبل مرضاه. لم يستغرق فحص المريض وكتابة وصفة الدواء أكثر من دقيقة ونصف الدقيقة في المتوسط!! نفسها الفترة الزمنية التي كان يستغرقها فحص الطبيب لمريضه قبل ٣٠ عاماً.

لا يوجد نشاط ملحوظ للأطباء والممرضين والممرضات والفنيين الصحيين خارج جدران المركز الصحي. لا يوجد جهاز أشعة في المركز، ولم أعثر على جهاز لقياس ضغط الدم في عيادة الطبيب.

متوسط عدد زوار المركز ٢٧٥ مريضاً في اليوم أي أن كل طبيب من الأطباء الأربعة يفحص ويعالج حوالي ٧٠ مريضاً في اليوم. يستغرق فحصهم ووصف الدواء لهم ساعتين أو حتى ثلاث ساعات يوميّاً (باعتبار دقيقة ونصف الدقيقة للمريض)، ويظل هناك نحو خمس ساعات من وقت كل طبيب من الأطباء الأربعة ووقت كل ممرض وممرضة وفني صحي من التسعة عشر، كان بالإمكان أن تستغل في تطوير الصحة العامة في مجتمع تربة.

في مجتمع نام مثل تربة معدل الولادات عادةً ٤٥ ولادة لكل ١٠٠٠ من السكان، أي لنا أن نتوقع أن تكون قد تمت حوالي ١٠٧٠ ولادة في العام في مدينة تربة. فإذا ما عدنا إلى

السجلات الطبية بالمركز وجدنا أن عدد الأمهات المسجلات ٤٣٢ أمّاً. وإن قيل لي إن بعض الولادات تتم في المستشفى أو خارج محافظة تربة.

تقدم إحدى الممرضات برنامجاً للتثقيف الصحي لبنات المدارس بمعدل ثلاث محاضرات شهريّاً.. تلقيها من ورقة!! لم أعثر في المركز على وسائل للتثقيف الصحي مثل الكمبيوتر المحمول أو جهاز للعرض أو وسائل للإيضاح. اللهم إلا بضعة كتيبات ونشرات وصلتهم من الطائف.

النتيجة التي خلصت بها من زيارتي للمركز الصحي في تربة هي أن الإمكانات البشرية الموجودة في المركز، لو أنها كانت مدربة ومهيأة فإنها تكفي وتزيد لكي يتحول المركز الصحي من مجرد مركز يصرف الدواء لمراجعيه من المرضى إلى مركز صحي نشط يسهم في نشر الوعي الصحي وإصحاح البيئة والاكتشاف المبكر للأمراض وإعطاء برامج التغذية وتطوير الصحة المدرسية.

لا يمكننا أن نطالب العاملين في المركز بهذه الأنشطة لأكثر من سبب. أولها أنه ينقصهم وضوح الهدف. وثانيها يعوزهم التدريب، وثالثها لا توجد خطة واضحة المعالم هم مطالبون بتنفيذها ومسؤولون عنها. إذاً من المسؤول عن تفعيل الإمكانات البشرية والمادية الموجودة في المركز الصحي الإشرافي؟

هل هي محافظة تربة؟ أم مديرية الشئون الصحية بمكة؟ أم هي وزارة الصحة؟ أم هن الثلاث مجتمعات؟

أكرمني الأستاذ عبد الله الشريف من وجهاء تربة فأولم لي وليمة تجلى فيها الكرم العربي الأصيل، وحضرها مجموعة من وجهاء تربة ومسؤولي الدوائر الحكومية فيها. دار الحديث بيننا عن مستقبل الرعاية الصحية في تربة وكيف أنها بالإمكانات التي فيها إذا ما أحسن الاستفادة منها يمكن أن تصبح نموذجاً يحتذى.

اقترحت عليهم أن يشارك أفراد المجتمع في تطوير الخدمات الصحية في تربة، وعلى وجه الخصوص بدعم برنامج للتثقيف الصحي. أبدوا استعدادهم وترحيبهم. والأمل كبير في أن نرى هذه الآمال تتحول قريباً إلى واقع عملي ملموس.

تربة في المستقبل: (٢٠٤٥م)

كيف يمكن أن تكون الرعاية الصحية في تربة بعد ٢٥ سنة من اليوم أي في عام ٢٠٤٥؟

في يقيني أني أستطيع أن أرسم الصورة التي أريدها وكلي ثقة بأني لن أجد من سيحاسبني. أولاً لأني لن أكون – على ما أعتقد – موجوداً يومها. وثانياً من سيذكر كلامي هذا؟ في الغالب سيكون قد طواه النسيان. وعليه فسوف آخذ حريتي في الحديث.

بعد ٢٥ سنة سوف يتضاعف عدد سكان تربة أو يكاد إذا استمر النمو الطبيعي كما هو (٢,٨٪ تقديراً) أي سيصبح عدد السكان في عام ٢٠٤٥ حوالي ١٥٠,٠٠٠ نسمة إلا إذا تدخلت عوامل تؤدي للهجرة من تربة أو إليها. سيزداد حجم مدينة تربة وسيتضاعف عدد سكانها، وفي الوقت نفسه سوف يتقلص عدد سكان القرى والهجر، كما سيطوي آخر بدوي يجوب وادي تربة خيمته. هذا إن لم يكن قد طواها فعلاً.

وكنتيجة حتمية للارتفاع المتوقع في مستوى المعيشة سوف ينخفض معدل الوفيات بين الأطفال ويزداد معدل الأعمار، وبالتالي ستزداد نسبة كبار السن، ومن ثم سيقترب شكل الهرم السكاني من الشكل المعروف في المجتمعات الصناعية، كما سيزداد عدد المتعلمين وحملة الشهادات الجامعية بازدياد عدد المدارس وإنشاء كليات المجتمع والكليات الجامعية.

سوف تتغير خارطة الأمراض فتزداد معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السكري وضغط الدم وأمراض الشيخوخة والقلب والسمنة والتوتر والقلق وحوادث السيارات، وفي المقابل سوف تقل معدلات الإصابة بالأمراض المتنقلة والمعدية. وتبعاً لانتشار التعليم والوعي سوف يزداد الطلب على الرعاية الصحية. كما ستضيق الفجوة بين طلبات الناس واحتياجاتهم.

سـوف تـزداد تكلفـة الرعاية الصحيـة لعـدة عوامل يأتـي على رأسـها التطـور المتسـارع فـي التقنيـات الطبيـة بمـا تحملـه مـن تكلفة عالية. كما سـيزداد وعـي النـاس وإدراكهم بأهميـة الرعاية الصحيـة الأوليـة والرعايـة المنزلية والطـب الاتصالـي. وبالرغم مـن هـذا فلـن يقـل معـدل الطلـب علـى خدمـات المستشـفى ولكن سـوف يتغيـر نمـط الرعايـة فيه. سـيقل عـدد أيـام التنويم، وتتحـول العمليـات الجراحيـة التقليديـة إلـى جراحـة المناظيـر وجراحة اليوم الواحد، وسـوف تسـهم تقنيـات الهندسـة الوراثية وزيـادة معلوماتنـا عـن خريطـة الجينـات فـي حـل بعـض المشكلات الصحية ولكن ستحل غيرها مما لا يعلمه إلا الله.

سـوف يتمكـن الطبيـب الجـراح وهو فـي جـدة أو فـي لندن من إجـراء العمليـة الجراحية علـى مريضـه المنوم في مستشـفى تربـة، ويصـف لـه دواءه ويتابـع حالتـه المرضيـة بالصـوت والصـورة ذات الأبعـاد الثلاثة وهو فـي الطرف الآخر مـن الكرة الأرضية. هذا إن كان لها طرف.

كل هـذه التغيـرات المتوقعة سـوف تتطلـب أنماطاً مـن إدارة الرعايـة الصحية تختلف عـن الأنمـاط التقليدية التـي نراها اليوم ممـا يعنـي حتميـة التخطيـط المسـبق لمواجهـة هـذه التغيـرات المتوقعـة. أمـا لو تركـت الأمـور للزمـن فقد نجـد أنفسـنا يومها نقدم الخدمـات الصحية أنفسـها التـي نقدمها اليوم وبالأسـلوب نفسـه. والشـاهد على ذلـك التجربـة التي مررنـا بها فـي الأعوام

الماضيـة. فبالرغـم مـن الزيـادة الكبيـرة فـي حجـم الخدمـات الصحيـة التـي حدثـت خـلال خمـس وأربعيـن سـنة مضـت (١٩٦٧ - ٢٠١٠) مـا زال الطبيـب يفحـص المريـض ويكتب له علاجه فـي دقيقة ونصـف الدقيقـة، وما زالـت خدمـات المراكز الصحية قاصـرة على صـرف الـدواء للمرضـى المراجعين بدون أن يكون لها إسهام يذكر في تطوير الوضع الصحي.

وإذا كنـا نتوقـع أن تتغيـر خريطـة الأمـراض فـي المنطقـة، وتتغيـر التركيبـة السـكانية فيهـا، ويتغيـر نمـط الطلـب علـى الرعايـة الصحية ونمـط تقديمها، فمـن الواجـب أن نواجه هذه التغيـرات مسـبقاً بأسـلوب علمـي. ولـن يكـون ذلـك إلا بـأن نضع أهدافاً بعيدة المدى. وأن نسـأل أنفسـنا بأذهـان متفتحة.. كيـف يمكننـا أن نواجـه تحديـات المسـتقبل؟ الإجابـة علـى السـؤال تقتضـي أن نولـي البحـث الطبـي التطبيقـي أهميـة قصـوى. وأن نكون علـى اسـتعداد لأن نجرب أكثر مـن طريقة وأكثـر من أسـلوب. وأن نتقبـل احتمال الفشـل والنجـاح. وأن نتعلم من تجاربنا.

وكتمهيـد لفكـرة إنشـاء مركـز للبحـوث الصحيـة التطبيقيـة فـي تربـة، سـوف أبـدأ بمقارنـة المـوارد الصحيـة فـي تربـة بالمـوارد الصحيـة فـي المملكـة فـي عـام ٢٠١٠. ثـم لنضـع تصـوراً للرعايـة الصحيـة فـي تربـة كيـف يمكـن أن تكـون في عام ٢٠٤٥،

جدول (١) الموارد الصحية في تربة مقارنة بمثيلاتها في المملكة في عام ٢٠١٠

الموارد الصحية	العدد في تربة	المعدل في تربة لكل ١٠٠٠ من السكان	المعدل في المملكة لكل ١٠٠٠ من السكان
أسرة المستشفى	٥٠	٠,٦	٢,٢
الأطباء وأطباء الأسنان	٥٥	٠,٧	٢
الفنيون الصحيون	١٣٠ (تقديراً)	١,٦ لكل طبيب	٢,٩ لكل طبيب
المراكز الصحية	٨	١ لكل ١٠,٠٠٠	١ لكل ١٢,٣٠٠

مع ملاحظة أننا لم نتمكن من تسجيل عدد الفنيين الصحيين بدقة. ولكن لن يكونوا أكثر من ١٣٠ فنيّاً صحيّاً. لننتقل الآن من هذه المقارنة بين تربة والمملكة إلى الموارد الصحية المطلوب توفرها في تربة في عام ٢٠٤٥ بافتراض أن عدد السكان سيصبح ١٥٠,٠٠٠ نسمة. وليكن واضحاً أن ما سأفترضه من أرقام هي أرقام تقديرية قابلة للمناقشة والتعديل. كما أني افترضت أقل المعدلات المطلوبة ما عدا الفنيين الصحيين فالحاجة إليهم أكبر.

في عام ٢٠٤٥م سوف تحتاج تربة إلى سرير لكل ١٠٠٠ نسمة أي إلى ١٥٠ سريراً. وإلى طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة. أي إلى ١٥٠ طبيباً وإلى ٧ فنين صحيين لكل ١٠٠٠ نسمة أي ١٠٥٠ فنيّاً صحيّاً، وإلى مركز صحي لكل ١٠،٠٠٠ نسمة.

جدول (٢) الفرق بين الموارد الصحية المتوافرة في تربة في عام ٢٠١٠، وما هو مطلوب في عام ٢٠٤٥

الموارد الصحية	المتوفر في ٢٠١٠	المطلوب في ٢٠٤٥	الفرق
الأسرة	٥٠	١٥٠	١٠٠
الأطباء	٥٥	١٥٠	٩٥
الفنيون الصحيون	١٣٠	١٠٥٠	٩٢٠
المراكز	٨	١٨	١٠

قد يأتي من يقول..: لم لا يكون لدينا - ونحن دولة بترولية - ضعفا عدد الأسرة والأطباء والمراكز الصحية المقترحة؟ وأقول..: فليكن إذا كانت مواردنا المالية غير محدودة. أما إذا كانت الموارد المالية محدودة فليس أمامنا إلا أن نفاضل بين البدائل. فطبيب واحد يعمل معه فريق عمل مدرب ومتجانس ومكون من ٧ فنين صحيين أجدى من طبيبين يعمل معهما ٤ فنيين صحيين، كما أن مستشفى به

١٠٠ سرير يدار بأسلوب علمي سليم أجدى من مستشفى به ٢٠٠ سرير لا يخضع لمعايير الجودة. ولكي أخرج من دائرة المحاسبة أعود فأذكر أن ما أطرحه هنا إطار عام قابل للتغيير والتبديل حسب ما يجد من ظروف وحسب ما ترتئيه مجموعة التخطيط.

ولما كانت الصحة تقاس بمجموعة من المؤشرات فسوف نختار ستة مؤشرات على سبيل المثال لا الحصر:

- ثلاثة مؤشرات للوفيات (معدل وفيات الأطفال الرضع، ومعدل وفيات الأمهات الحوامل، ومعدل الوفيات من حوادث المرور).
- وثلاثة مؤشرات للأمراض (معدلات الإصابة بأمراض السكري، وضغط الدم ، والدرن).

وحيث إنه لا توجد حاليّاً دراسات موثقة عن هذه المؤشرات في مجتمع تربة، فعلينا أن نبدأ مشروعنا بإجراء دراسات ميدانية لجمع هذه المعلومات والتي سوف تفيدنا في أمرين:

١. توجيه مواردنا المحدودة في الاتجاه السليم، أي إعداد خطة العمل.

٢. حساب هذه المؤشرات مرة أخرى بعد ٣ سنوات لنعرف مدى التطور الذي حققناه في مستوى الصحة.

قد يقول قائل: وما لنا لا نسترشد بالمؤشرات الإحصائية في المملكة؟ وأقول..: لـمَ لا؟ ولكن علينا أن نضع في أذهاننا أن المؤشرات الصحية في المملكة قد لا تنطبق على مجتمع تربة. كما أن المؤشرات الصحية في المملكة أغلبها تقديرية بنيت على دراسات متفرقة وأخذ بعضها من سجلات المستشفيات ومن ثم فهي لا تمثل الواقع الحقيقي بدقة.

أما ونحن نخطط لرعاية صحية في تربة مبنية على أسس علمية قابلة للقياس وتنبثق من مركز إقليمي لبحوث الرعاية الصحية، فعلينا أن نخصص الشهور الأولى من خطة التنمية الصحية في تربة لجمع الإحصاءات الحيوية.

كما أننا نتحدث هنا عن الخطوط العريضة للمشروع تاركين التفاصيل لأصحاب الشأن الذين سيتولون تخطيطه وتنفيذه. وعلى رأسهم قيادي من الطراز الرفيع. علينا أن نحسن اختياره ونعطي له كافة الإمكانات وعلى رأسها قدر كاف من الصلاحيات المالية والإدارية، على أن يحاط بمجلس استشاري، ومن ثم يحاسب وفريقه على النتائج.

هناك بعض القواعد الأساسية في الإدارة الصحية لا يختلف عليها اثنان:

- أي خطة عمل غير مدعومة من سلطة عليا لن تنجح. ولذا يجب أن يتصل المشروع مباشرة بوزير الصحة أو من ينيبه.
- هذا المركز يمكن أن تشارك في التخطيط له منظمة الصحة العالمية، وقد تتبنى فكرته مع وزارة الصحة ليصبح مركزاً إقليميّاً على مستوى منطقة حوض البحر الأبيض المتوسط.
- تخصص للمركز ميزانية كافية، ويعطى القائمون عليه فرصة الحركة والإبداع بدون القيود المالية والإدارية المألوفة. ثم يحاسبون على النتائج.
- تشكل لجنة مؤقتة للتحضير لخطة العمل ويرصد لها ميزانية لوضع الأسس والقواعد.
- يستعان في عملية التخطيط والمتابعة والتقويم للمركز بخبرات أجنبية مثل جامعة جونز هوبكنز أو جامعة أريزونا بأمريكا (لما لهما من تجربة سابقة في هذا المجال)، بالإضافة إلى جامعة أو أكثر محلية.

أعود إلى مواصفات مدير المشروع قائد المسيرة.. يجب أن يكون القوي الأمين. ولا يعوزنا البحث عنه بين أكثر من ٤٠٠ من حملة الشهادات العليا في علوم الإدارة الصحية

والتخطيط الصحي في سن الشباب والفتوة، ممن درسوا وتمرسوا في مسائل الإدارة والتخطيط الصحي وتعلموا منهجية البحث العلمي.

كلمة الختام في حديثي هذا هي أن الأمة العربية بأجمعها متهمة بإهمالها للبحوث العلمية التطبيقية. وإنشاء مثل هذا المركز في تربة لبحوث الرعاية الصحية سوف تستفيد منه محافظة تربة، كما ستستفيد منه بقية مناطق المملكة. ليس ذلك فحسب وإنما يمكن أن تتخذه منظمة الصحة العالمية مركزاً إقليميّاً تسترشد به دول الخليج والعالم العربي مما سيرفع سمعة المملكة عالميّاً في مجال الرعاية الصحية.

أسأل الله أن يوفق ولاة الأمر والمسؤولين في بلادنا إلى تبني هذه الفكرة وتحويلها من حلم إلى واقع عملي. سائلاً المولى جل وعلا أن يهدينا إلى سواء السبيل.

وأخيراً لا أقول إلا كما قال الإمام الشافعي رحمه الله: «رأيي صواب يحتمل الخطأ، ورأي الآخر خطأ يحتمل الصواب».

مصـــادر الكتـــاب

١. الصحة العامة في المجتمع العربي. زهير السباعي. القاهرة : منشورات سجل العرب، ١٩٧٥.

٢. صحة الأسرة. زهير السباعي. جدة : مطبوعات تهامة، ١٩٨٤.

٣. الصحة في المملكة العربية السعودية. زهير السباعي. الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، ١٩٨٨.

٤. الرعاية الصحية الأولية عام ٢٠٠٠ . أشرف على التعريب د. زهير السباعي و د. سيف الدين بلال. قبرص: دار دلمون للنشر، ١٩٩٠.

٥. حوار بين الأم والطبيب. زهير السباعي. دمشق: دار القلم، ١٩٩٤.

٦. طب المجتمع: حالات دراسية. تحرير زهير السباعي. القاهرة: الدار العربية للنشر والتوزيع ، ١٩٩٥.

٧. نحو صحة أفضل. زهير السباعي. جدة: مطابع السروات، ٢٠٠٤.

٨. التثقيف الصحي: مبادئه وأسلوبه. زهير السباعي وحسن بله الأمين. الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية ٢٠١١.

٩. الرعاية الصحية. زهير السباعي. جدة: الدار السعودية للتوزيع والنشر، ٢٠١١.

١٠. مدخل إلى الصحة العامة. زهير السباعي. جدة: معهد السباعي، ٢٠١٣.

١١. فيروس كورونا. ما هو وكيف نتقيه؟ زهير السباعي. جدة: معهد السباعي، ٢٠١٣.

١٢. المخدرات.. الهاوية المدمرة. زهير السباعي. جدة: معهد السباعي، ٢٠١٤.

١٣. الأمن والسلامة المدرسية . زهير السباعي وأبو بكر زين العابدين. جدة: معهد السباعي، ٢٠١٤.

١٤. الصحة والرؤية. زهير السباعي. بيروت وعمان.: المؤسسة العربة للبحوث والنشر، ٢٠١٩.

15- The Health of the Family in a changing Arabia, Zohair Sebai. 4th edition، Jeddah: Tehama publications; 1984.

16- Health in Saudi Arabia – Volume one. Zohair Sebai. Riyadh: Tehama publications; 1985.

17- Health in Saudi Arabia – Volume Two. Zohair Sebai. Riyadh: King Abdul Aziz City for Science and Technology; 1987.


مركز الأدب العربي
للنشر والتوزيع